VOLUME 22
NUMÉRO 4
DÉCEMBRE 2005

l'inhalO

Revue de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

LUTTE CONTRE LE TABAGISME

MISSION IMPOSSIBLE ?

Alertes médicales inhalo

tina™

Voici le moniteur TCM40

pour l'évaluation précise du CO_2 de nuit.

ÉDITORIAL

MERCI… TOUT SIMPLEMENT !

« Merci » : quel mot simple et qui pourtant est parfois si dur à dire ! Mais aujourd'hui ce n'est pas le cas !

Je me suis amusée, comme je le fais souvent, à référer au dictionnaire et j'ai découvert qu'il y avait deux grandes significations au mot *merci* ; l'une est liée à une demande – soit de faveur ou de grâce – tandis que l'autre est reliée à une formule de politesse.

Cet éditorial vous semblera très peu conforme au propos tenu habituellement dans un tel contexte mais, honnêtement, en revenant du congrès, je n'avais qu'une seule envie, c'était de dire « *merci tout simplement* » et du fond du cœur ! Pour moi cela est plus qu'une formule de politesse : c'est un hommage à tous ceux qui m'entourent, qui font en sorte que je porte la profession haut et fort !

Merci aux inhalothérapeutes d'avoir participé au congrès en si grand nombre.
Merci pour votre dynamisme, votre soutien, vos témoignages et surtout votre confiance ! Je connais parfaitement la situation dans laquelle vous vous trouvez et pour cela je vous admire encore plus d'avoir accepté de donner à l'Ordre les moyens de poursuivre son mandat et de développer la profession.
Merci finalement de votre courage à poursuivre jour après jour l'objectif pour lequel vous avez choisi d'être inhalothérapeute, soit celui d'aider les gens à mieux respirer, et ce, malgré un contexte souvent difficile.

Merci à mes collègues de travail, à cette équipe extraordinaire qui croit en la profession. Merci de votre dévouement, vos encouragements, votre appui et… oui, de votre patience aussi !

Merci également à tous nos partenaires pour leur confiance et leur intérêt envers la profession. Un merci tout spécial à toute l'équipe de TYCO Healthcare pour le *super* beau projet de formation en ligne à l'intention des inhalothérapeutes.

Bref, merci à tous ceux qui font en sorte que je suis directrice générale depuis 10 ans d'un Ordre dont je suis fière ! Je pense aux inhalothérapeutes, aux administrateurs du Bureau, à mes collègues, à ma famille et à mes amis… *Merci tout simplement !*

En terminant, je vous souhaite une année 2006 à l'image de notre profession : dynamique et positive.

Josée Prud'Homme
Directrice générale et secrétaire

RCR PRO INSTRUCTEURS ASSOCIÉS
"Redonnez le souffle de vie"
Richard Meloche, inh., RRT
maître-instructeur certifié par la Fondation des maladies du cœur du Québec et agréé par Emploi-Québec
Formation en Soins d'urgence cardiovasculaire et RCR
Formation en Défibrillation externe automatisée
Tél. : (514) 891-4459
E-mail : rcrpro@globetrotter.net
pages.globetrotter.net/rcrpro/
Membre de l'Alliance québécoise pour la santé du cœur

SOMMAIRE

ÉDITORIAL 3
MOT DE LA PRÉSIDENTE 6

Dossiers
MISE À JOUR SUR LE TABAGISME 8

LA PHARMACOTHÉRAPIE À LA RESCOUSSE DE LA DÉPENDANCE AU TABAC 10

D'ordre juridique
LOI SUR LE TABAC 13

Soins et services respiratoires à domicile
INTERVENIR AUPRÈS D'UNE CLIENTÈLE MULTIETHNIQUE 14

L'OBSERVANCE DES PATIENTS DANS LE CADRE D'UN PROGRAMME DE PRÉVENTION DES INFECTIONS EN SOINS À DOMICILE : RÉSULTATS D'UN SONDAGE 18

Finances
IMPOSEZ-VOUS LA DISCIPLINE NÉCESSAIRE À VOTRE PORTEFEUILLE? 20

QUESTIONNAIRE DÉTACHABLE POUR LA FORMATION CONTINUE 23

Alertes médicales inhalo 25

MOTS ENTRECROISÉS 27

BABILLARD 28

L'INHALOTHÉRAPEUTE CLINICIEN 34

avant-propos

Est-ce que tout n'a pas déjà été dit concernant la cessation tabagique? Quand, à mon arrivée au travail, je dois prendre une bonne inspiration et retenir mon souffle afin de traverser le nuage de fumée produit par des personnes qui font le pied de grue devant l'entrée de l'édifice qui abrite le bureau de l'Ordre, je me dis que non ! Ils sont (trop !) nombreux encore, ces irréductibles fumeurs, qui malgré des lois de plus en plus astreignantes, persistent et fument, envers et contre tous et tout !

Tandis que l'Association pour les droits des non-fumeurs applaudit et félicite le gouvernement du Québec et le ministre Philippe Couillard pour le renforcement de la Loi sur le tabac, le groupe protabac monchoix.ca – financé, il faut le dire, par l'industrie du tabac – peaufine des stratégies visant le retardement de l'entrée en vigueur des restrictions imposées par cette même loi.

Les mécanismes qui mènent à l'abandon tabagique sont complexes. Beaucoup d'entre vous en savent quelque chose. Comment s'y retrouver avec le nombre d'études publiées sur le sujet ? Un des articles du *dossier* que nous consacrons à ce sujet dans ce numéro propose une mise à jour des informations et des statistiques disponibles sur le tabagisme.

Selon certains experts, le grand défi des prochaines années sera de surmonter la difficulté d'intervenir auprès des fumeurs. Lors de la 4e Conférence nationale sur le tabagisme ou la santé, qui s'est tenue à Ottawa en juin dernier, Heidi Stanley[1] a déclaré qu'*«il est important d'accepter qu'une personne soit incapable de cesser de fumer. Si un fumeur remplace sa consommation de tabac par l'utilisation d'aides pharmacologiques ou qu'il diminue le nombre de cigarettes consommées, sa santé en sera grandement améliorée.»* Les thérapies de remplacement à la nicotine sont donc une aide précieuse pour arriver à une abstinence *partielle* ou *totale* du tabac… à moins que vous ne préfériez le vaccin anti-dépendance, encore au stade expérimental mais dont les essais cliniques de phase II sont prometteurs. Le monde sans fumée n'est peut-être pas si loin !

CONGRÈS 2005

Nous avons été très nombreux à célébrer le 20e anniversaire de notre reconnaissance professionnelle à Québec les 4 et 5 novembre dernier. Toutes les conférences furent grandement appréciées. Cependant vous avez démontré un intérêt marqué pour les ateliers sur l'ACLS du Dr Alain Labrecque, toujours aussi populaire, ainsi que les conférences portant sur la tenue de dossiers, l'apnée du sommeil, l'évaluation neurologique…

Un des moments forts du congrès fut sans contredit, l'attribution du prix du Conseil interprofessionnel du Québec 2005 remis à Mme Rita Troïni, inhalothérapeute au Programme national d'assistance ventilatoire à domicile (PNAVD) du Centre Universitaire de santé McGill. Femme de cœur et très impliquée dans son milieu, Mme Troïni s'est vue remettre ce prix en reconnaissance de son apport à notre profession et au système professionnel. Nous lui offrons nos sincères félicitations.
Je désire aussi remercier, au nom du comité organisateur, Mme Johanne Roy, enseignante, ainsi que Mmes Anne Brodeur-Poudrier, Audrey Delisle, Marie-Ève Duchesne, Marie-Hélène Ouellet, Karine Provencher et Julie Ricard, étudiantes de 3e année en inhalothérapie au Cégep de Sainte-Foy, pour leur aide précieuse tout au long de cet événement.

RAPPEL

La venue d'une nouvelle année signifie aussi pour l'équipe de *l'inhalo*, la recherche de nouveaux thèmes pour les parutions 2006–2007. N'hésitez surtout pas à me communiquer vos idées, suggestions, commentaires et propositions.

Mme Rita Troïni et M. Louis Beaulieu, vice-président du CIQ

La nouvelle année apporte son lot de résolutions à prendre et de défis à relever. Je souhaite à chacun une année remplie de petits et grands bonheurs, autant professionnels que personnels. Que l'année 2006 vous permette de voir tous vos désirs comblés !

[1] Coordonnatrice du *Addictions Treatment and Prevention Program du* Georgian College, Barrie (Ontario).

Line Prévost, inh.
Coordonnatrice aux affaires professionnelles

NOUVEAUTÉ À LIRE
Alertes médicales inhalo

Parce que les alertes médicales et les avis de rappel représentent, pour les inhalothérapeutes, une source d'information importante, nous vous proposons la publication périodique de quelques alertes et avis diffusés et ayant un lien avec notre pratique.

En l'absence d'alerte médicale récente et/ou ayant un lien direct avec notre pratique, des alertes médicales antérieures, des mises à jour ainsi que diverses alertes jugées intéressantes vous serons proposées. Par la suite, les professionnels désirant obtenir des détails sur un avis ou un rappel en particulier devront en faire la demande auprès du fabricant ou du fournisseur local.

Parce qu'être bien informé est une priorité, nous vous souhaitons une bonne lecture.

Nancy Breton, inh., Hôpital Shriner's pour enfants
Brigitte Fillion, inh., PNAVD, Centre universitaire de santé McGill
Daniel Smith, inh., CHUM Pavillon St-Luc
Marise Tétreault, inh., inspecteur permanent OPIQ

Une alerte constitue une mise en garde contre des situations liées à l'utilisation ou l'exposition d'un produit potentiellement dangereux. Dans un tel cas, le rappel d'un produit peut s'imposer s'il est jugé défectueux ou nuisible à la santé et à la sécurité des usagers et/ou des utilisateurs. De façon générale, les avis d'alertes comme les avis de rappel sont communiqués par le ministère de la Santé canadien, les agences de promotion de la santé, les fabricants ou les fournisseurs.

Conséquemment, la priorité des avis peut être déterminée en fonction de la gravité des conséquences associées ou selon la classification des risques.
Type I : une situation dans laquelle il existe une probabilité raisonnable que l'utilisation d'un produit, ou l'exposition à celui-ci, entraînera des conséquences indésirables graves pour la santé, voire la mort.
Type II : une situation dans laquelle l'utilisation d'un produit, ou l'exposition à celui-ci, peut entraîner des conséquences indésirables temporaires pour la santé, ou une situation dans laquelle la probabilité de conséquences indésirables graves pour la santé est faible.
Type III : une situation dans laquelle l'utilisation d'un produit, ou l'exposition à celui-ci, ne devrait pas entraîner de conséquences indésirables pour la santé.

N. B. : À moins d'indication contraire, toutes les informations concernant les alertes et avis ont été obtenues directement du site Internet de Santé Canada à l'adresse web suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/advisories-avis/index_f.html. En cas de disparité entre ces informations et celles de Santé Canada, ces dernières auront, en tout temps, préséance.

Vos commentaires peuvent être acheminés à l'adresse suivante : inspecteur@opiq.qc.ca

Force et flexibilité pour soutenir la maîtrise de l'asthme[1,2]

Quand la maîtrise de l'asthme est menacée, l'intervention rapide est possible grâce à la posologie flexible de SYMBICORT®[1,2]

SYMBICORT® obtient la maîtrise de l'asthme et prend en charge la variabilité de la maladie de façon efficace. La posologie flexible de SYMBICORT® permet aux patients d'augmenter leur dose dès les premiers signes d'aggravation de l'asthme et de revenir à leur dose de départ lorsque les symptômes s'estompent. Et tout cela sans changer d'inhalateur ni en ajouter un. SYMBICORT® est le seul traitement d'association qui peut procurer cette flexibilité pour soutenir la maîtrise de l'asthme*[1,2]. **Passez à SYMBICORT®.**

Symbicort® est indiqué dans le traitement d'entretien de l'asthme chez les patients qui présentent une maladie obstructive réversible des voies respiratoires, lorsqu'un traitement d'association est approprié. Ces cas peuvent inclure les patients qui reçoivent un traitement d'entretien avec des doses efficaces d'un agoniste β_2 à action prolongée et d'un corticostéroïde par inhalation ou les patients qui continuent d'avoir des symptômes malgré une corticothérapie par inhalation. Symbicort® est contre-indiqué dans les cas d'hypersensibilité connue au lactose inhalé[2].
La posologie doit être individualisée en fonction de la gravité de la maladie et doit être réduite ensuite à la dose la plus faible qui permette de maintenir la maîtrise des symptômes. Il n'existe pas de données sur l'emploi de Symbicort® comme médicament de secours dans le traitement d'une crise d'asthme aigu. Il est crucial d'en informer les patients et de leur prescrire à cette fin un agoniste β_2 à action rapide. Les patients doivent consulter un médecin s'ils remarquent que leur bronchodilatateur à action rapide utilisé pour soulager leurs symptômes devient moins efficace ou s'ils ont besoin de plus d'inhalations que d'habitude[2].
Il faut évaluer périodiquement la fonction de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien[2].
Les effets secondaires le plus souvent (> 1 %) associés au budésonide ou au formotérol sont les céphalées, les palpitations, les tremblements, la candidose oro-pharyngée, une légère irritation de la gorge, la toux et l'enrouement[2].
* Signification comparative clinique inconnue.

SYMBICORT®
budésonide/fumarate de formotérol dihydraté
La flexibilité de
la bonne dose au bon moment

AstraZeneca

CCPP

Membre R&D

Symbicort®, Turbuhaler® et le logo d'AstraZeneca sont des marques de commerce du groupe AstraZeneca.

l'inhalO

MEMBRES DU BUREAU DE L'ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC

Présidente
Céline Beaulieu, inh.

Administrateurs
Nathalie Bérard, inh., Stéphane Delisle, Johanne Fillion, inh., Francine Gagnon, inh., Josée Gosselin, inh., Francine Lehouillier, inh., Johanne Roy, inh., André Tessier, inh., Nicole St-Georges, Hélène Boucher, Michèle Tremblay, inh., Michèle Vincent Félix, inh.

Administrateurs nommés par l'Office des professions
Pauline Breton-Truchon, Raymond Proulx, AndréE Tremblay

MEMBRES DU COMITÉ ADMINISTRATIF

Présidente
Céline Beaulieu, inh.

1re vice-présidente
Johanne Fillion, inh.

2e vice-présidente
Nathalie Bérard, inh.

Trésorier
Josée Gosselin, inh.

Administrateur nommé par l'Office des professions
M. Raymond Proulx

PERMANENCE

Directrice générale et secrétaire
Josée Prud'Homme, Adm. A.

Adjointe à la direction générale
Me Andrée Lacoursière

Coordonnatrice à l'amélioration de l'exercice
Martine Gosselin, inh., B. Sc.

Coordonnatrice aux affaires professionnelles
Line Prévost, inh.

Secrétaire de direction : Clémence Carpentier

Secrétaire à l'amélioration de l'exercice : Murielle Pagé

Secrétaire à l'accueil et service aux membres
Béatrice Janevski

Syndic : Joële Larivière

Inspecteur permanent : Marise Tétreault, inh.

COMITÉ DES COMMUNICATIONS

Responsable
Line Prévost, inh.

Collaborateurs
Ruth Banville, inh., Sylvie Bégin, inh., Nancy Breton, inh., Brigitte Fillion, inh., Martine Gosselin, inh., Me Andrée Lacoursière, Joële Larivière, inh., Claire Larouche, inh., Nathalie Magnan, inh., Bernard Marin, Élaine Paré, inh., André Poulin, inh., Daniel Smith, inh., Marise Tétreault, inh., Benoît Tremblay, inh., Rita Troïni, inh.

Tarif d'abonnement
40 $ par an pour les non-membres
30 $ par an pour les étudiants

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2005
Tous droits de reproduction réservés.
Les textes publiés n'engagent que leurs auteurs.

Dépôt légal Bibliothèque nationale du Canada.
ISSN-1494-1945

Conception et réalisation
Quand le chat est parti... inc.

Révision et correction d'épreuves
Gilles Vilasco, Interactif inc.

Traduction
Rhonda Sherwood

Photos des membres de l'OPIQ
Marcel La Haye, Sophie Dayron

Autres photos
Sophie D'ayron, Pilar Macias, Marcel La Haye, Photos Gariépy

Production graphique
Imprimerie Chicoine

Publicité
Communications Publi-Services inc.
Mélanie Crouzatier, conseillère publicitaire
Jean Thibault, conseiller publicitaire
43, avenue Filion, Saint-Sauveur (Québec) J0R 1R0
Tél. : (450) 227-8414 • Téléc. : (450) 227-8995
Courriel : info@publi-services.com

Publication trimestrielle de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec
1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 320
Montréal (Québec) H3G 1R8
Tél. : (514) 931-2900 • 1 800 561-0029
Téléc. : (514) 931-3621
Courriel : accueil@opiq.qc.ca
Envoi de publication : contrat no 400 647 98

Le genre masculin employé dans ces textes désigne aussi bien les femmes que les hommes.

l'inhalo n'est associé à aucune publicité apparaissant dans ses pages.

MOT DE LA PRÉSIDENTE

À l'aube du Nouvel An, acceptez de tout cœur les vœux les plus chaleureux pour une année exceptionnelle et que la sérénité des fêtes soit un heureux prélude à l'année 2006.

L'actualisation de la formation initiale en inhalothérapie

Le dossier de la *formation initiale* en inhalothérapie chemine depuis quelques années. Depuis le printemps 2005, plusieurs rencontres se sont tenues avec différents acteurs tant au sein de notre profession que dans le monde de l'éducation et de la santé. Un document de consultation leur a été remis afin de recueillir les commentaires qui nous permettront d'enrichir le mémoire que nous remettrons aux ministères concernés.

Sans dévoiler l'ensemble des orientations, voici les principaux éléments qui nécessitent une *actualisation* de la formation initiale en inhalothérapie :

- Le programme actuel de formation en techniques d'inhalothérapie est basé sur une analyse de situation de travail qui date de 1992. Au moment de son implantation en 1997, ce programme présentait déjà un déficit en nombre d'heures par rapport aux besoins déterminés à partir de l'analyse de 1992.
- En 2000, l'OPIQ a adopté un nouveau profil de compétences relatives à l'entrée dans la pratique. En 2002, une analyse de l'écart existant entre ce profil et la formation actuelle a estimé les besoins à 885 heures d'enseignement théorique supplémentaires excluant la formation scientifique générale. Les renseignements recueillis d'année en année sur l'évolution de la pratique en inhalothérapie indiquent que cet écart va grandissant.
- L'enseignement collégial en inhalothérapie, axé sur les aspects techniques de la profession, constitue la base essentielle et distinctive de la formation des inhalothérapeutes parmi les professionnels de la santé; l'Ordre considère que cette formation technique doit continuer d'être dispensée à tous les étudiants sans exception et continuer de conduire à l'obtention d'un permis de pratique pour répondre aux besoins du réseau de la santé.
- En contrepartie, la reconnaissance professionnelle des inhalothérapeutes par l'attribution d'activités réservées au sein du Code des professions, les attentes grandissantes du réseau plus particulièrement de la profession médicale à l'endroit des inhalothérapeutes (*l'assistance anesthésique, l'assistance ventilatoire en soins critiques*), l'évolution de la pratique (*le suivi systématique de la clientèle souffrant de maladies cardiopulmonaires chroniques, l'utilisation de protocoles visant la diminution de la durée de séjour, le développement des plans de soins, les nouvelles technologies, les nouveaux examens diagnostiques*) et les nouvelles approches dans le milieu de la santé (*l'approche populationnelle, les projets cliniques, l'approche interdisciplinaire*)

President's Message

At the dawn of a New Year, please accept my warmest wishes for a wonderful year. May the serenity of the holiday season be a happy prelude to 2006.

Upgrading of Initial Training in Respiratory Therapy

The *initial training* file in respiratory therapy has been in progress for several years now. Since the spring of 2005, several meetings have been held with various actors within our profession as well as with those in the fields of education and health. A consultation paper was presented to them in order to gather comments that will further strengthen the position paper we will be submitting to the relevant government departments.

Without revealing our entire position, here are the main elements that require an *upgrading* of the initial training in respiratory therapy:

- The current training program in respiratory therapy techniques is based on a work situation analysis that dates back to 1992. When it was implemented in 1997, this program already had a deficit in the number of hours based on the needs determined by the 1992 analysis.
- In 2000, the OPIQ adopted a new employability skills profile. In 2002, an analysis of the difference between this profile and the existing training estimated that 885 additional hours of theoretical learning were needed, excluding general scientific training. The information gathered year after year on the evolution of respiratory therapy practice indicates that this disparity will only continue to grow.
- The college-level education of respiratory therapy, which is centred on the profession's technical aspects, constitutes the essential and distinctive basis for the training of respiratory therapists among health professionals; the Order believes that this technical training should continue to be dispensed to all students without exception and that it should continue to lead toward the procurement of a practice license so as to meet the needs of the health network.
- Per contra, the professional recognition of respiratory therapists through the allocation of reserved activities within the Professional Code, the growing expectations of the network, most particularly those of the medical profession toward respiratory therapists (*anaesthetic assistance, critical care ventilatory assistance*), the evolution of the practice (*the systematic follow-up of chronic cardiopulmonary patients, the use of protocols to reduce the length of hospital stays, the development of care plans, new technologies, new diagnostic exams*) and new approaches in the field of health (*the populational approach, clinical projects, the interdisciplinary approach*) require more sophisticated scientific knowledge and greater skills in the area of clinical judgment. Many of these competences must be acquired at the university level, where the specialized resources necessary for their teaching can be found.

exigent des connaissances scientifiques plus poussées et des aptitudes plus grandes en termes de jugement clinique. Plusieurs de ces compétences doivent être acquises à l'université, où se trouvent les ressources spécialisées nécessaires à leur enseignement.

- Les lacunes qui existent entre la formation initiale et les besoins de la pratique ont été jusqu'à maintenant compensées de façon très inégale, d'une part par les années d'expérience et, d'autre part, par des apprentissages autodidactes à la discrétion de chacun. La solution la plus structurée à ce problème a été la mise sur pied de deux certificats universitaires que les inhalothérapeutes suivent sur une base volontaire.
- L'inhalothérapie est actuellement la seule profession de la santé œuvrant dans les soins critiques n'offrant pas de perspective de baccalauréat universitaire à ses diplômés de l'ordre collégial; cette circonstance nuit, d'un côté, à l'attraction de candidats en nombre et en qualité suffisants pour remplir les besoins et, d'un autre côté, à la participation optimale de la profession aux équipes de soins et à la recherche dans les établissements.

Compte tenu de ces diverses considérations, l'Ordre énonce comme orientation principale de l'actualisation de la formation en inhalothérapie au Québec la création d'un programme de DEC-BAC en inhalothérapie ayant comme condition d'admission la détention d'un diplôme d'études collégiales en techniques d'inhalothérapie.

Un nouveau programme en inhalothérapie devra par conséquent être élaboré au cégep et à l'université afin qu'ils soient complémentaires. Par la suite, un diplômé collégial aura, à l'obtention de son DEC, deux possibilités; soit entrer sur le marché du travail ou poursuivre sa formation à l'université. L'Ordre délivrera alors deux permis spécifiques de chacun des rôles distinctifs de la profession et correspondant au diplôme obtenu.

Les travaux et les consultations en lien avec la définition des rôles rattachés aux deux permis distinctifs, sont en voie de se finaliser. Nous reviendrons ultérieurement sur l'élaboration de cet élément clé de l'actualisation de la formation initiale.

Par ailleurs, pour les inhalothérapeutes déjà en pratique professionnelle, un **mécanisme de reconnaissance des acquis** sera instauré afin de permettre à ceux qui le désirent – et ce, sur une base volontaire – de se voir reconnaître totalement ou partiellement le niveau de bachelier.

La reconnaissance salariale suivra et devra être assujettie à la formation ainsi qu'au rôle; les *deux* éléments seront requis pour bénéficier de cette rémunération.

Il est clair et évident que tout professionnel conservera le poste qu'il détient et que c'est par le phénomène d'attrition que le changement s'effectuera. La transition s'effectuera graduellement et un échéancier de près de quinze années est facilement envisageable.

En terminant, je nous souhaite que l'année 2006 soit celle qui permettra aux inhalothérapeutes d'accéder à une formation universitaire, et ce dans le but ultime d'amélioration constante des soins cardiorespiratoires prodigués à la population du Québec.

Céline Beaulieu, inh.
présidente

- The gaps that exist between the initial training and the practice requirements have so far been compensated for in a very unequal manner: by one's years of experience on the one hand, and by one's own self-taught learning on the other. The most structured solution to this problem has been the creation of two university certificates that respiratory therapists can pursue on a voluntary basis.
- Respiratory therapy is currently the only health profession working in critical care that does not offer its college graduates the opportunity to pursue a bachelor's degree; this situation not only adversely affects the ability to attract a sufficient number of quality candidates to fill the profession's needs, but it also limits the profession's participation in health care teams and institutional research activities.

Given these many considerations, the Order has set out as its primary focus the upgrading of respiratory therapy training in Quebec through the creation of a college-bachelor's program in respiratory therapy, with an entrance requirement being the procurement of a college degree in respiratory therapy techniques.

As a result, a new respiratory therapy program should be developed at the CEGEP and university levels so that they can complement one another. This way, upon receiving their college degree, graduates would have two options: to either enter the labour market or pursue their university education. The Order would thus issue two different licenses, each one being specific to the distinctive roles of the profession and to the diploma obtained.

The tasks and consultations involved in defining the roles attached to these two distinctive licenses are currently in the process of being finalized. We will later return to the elaboration of this key element in the upgrading of this initial training.

Moreover, for respiratory therapists currently practicing their profession, a mechanism for the recognition of skills will be introduced to allow those who wish – and on a voluntary basis – to be fully or partially recognized at the bachelor level.

Salary recognition will follow and should be subject to one's training and role; *both* elements will be required to benefit from this remuneration.

It is plain and obvious that all professionals will keep their existing jobs and that the proposed changes will occur through attrition. The transition will be gradual; a schedule of close to 15 years is easily foreseeable.

In closing, I hope that respiratory therapists will gain access to university training in 2006, with the ultimate goal being the continuous improvement of the cardiorespiratory care that is available to the Quebec population.

Céline Beaulieu, R.R.T.
President

INDEX DES ANNONCEURS

- Décembre 2005 -

ASTRAZENECA	p. 5
ASTRAZENECA	p. 30-31
BM ENR.	p. 24
BOEHRINGER INGELHEIM	p. 32-33
BOEHRINGER INGELHEIM	p. 36
GROUPE TYCO MEDICAL	p. 35
RADIOMETER CANADA	p. 2
RCR PRO	p. 3
SUNRISE MEDICAL	p. 17

Mise à jour sur le tabagisme

par Claire Larouche, inh., Enseignante, Cégep de Chicoutimi

En tant qu'inhalothérapeute, le tabagisme, *juvénile* ou *adulte*, fait partie de notre vécu quotidien. Comment bien informer nos clients si nous ne sommes pas au fait des nouveautés dans ce domaine? Voici donc une revue des nouveautés sur le tabagisme ainsi qu'une mise à jour des différentes statistiques disponibles.

As respiratory therapists, *adolescent* and *adult* smoking is a part of our daily lives. How can we properly educate our clients if we do not have up-to-date information on the subject? Here is a review of the latest findings on smoking along with an update of the available statistics.

Comme nous pouvons le retrouver sur le site de *La Société canadienne du cancer*[1], le tabac serait le seul produit vendu légalement au Canada pouvant entraîner la mort des utilisateurs, si ces derniers suivent les instructions du fabricant. Quand on sait que la cigarette contient plus de 4 000 substances chimiques et que 50 de ces substances sont *cancérogènes,* le choix reste incertain. C'est donc dire que les 47 500 Canadiens, qui meurent chaque année à cause de problèmes de santé liés au tabac, n'ont fait que suivre ce qui était inscrit sur leur paquet de cigarettes! Avec les dernières lois restreignant l'usage du tabac dans les milieux de travail et les lieux publics, plusieurs personnes se sont questionnées sur les droits des fumeurs et des non-fumeurs. En fait, la question est plus délicate et relève plus de l'éthique qu'on ne pourrait le penser. Chacun sait que le moyen le plus efficace d'éliminer le cancer, au-delà de fournir des fonds pour la recherche, est d'éradiquer complètement le tabac.

La cigarette est la principale cause de décès dus au cancer chez les hommes et les femmes au Canada.

Mais quel défi quand on sait que la cigarette est la principale cause de décès dus au cancer chez les hommes et les femmes au Canada... En fait, elle est responsable d'environ 30 % des cas de cancer et de plus de 85 % des cas de cancer du poumon. Le tabagisme augmente également votre risque d'avoir un cancer de la cavité buccale, de la gorge, du larynx, du col de l'utérus, du pancréas, de l'œsophage, du côlon, du rectum, du rein et de la vessie en plus d'entraîner de l'hypertension et des problèmes cardio-vasculaires. Les chiffres peuvent faire peur…

On a souvent tendance à penser que les cigares et autres produits du tabac sont *moins* nocifs. Détrompez-vous! Le tabac à chiquer peut occasionner le cancer de la bouche. Le tabac à priser qui est roulé en petites boulettes que l'on glisse entre la joue et la gencive augmente le risque de cancer de la cavité buccale et du larynx. Quant au cigare, c'est un nouveau produit de luxe qui, même en fumant un ou deux cigares par jour, même sans inhaler la fumée, multiplie par deux le risque de plusieurs types de cancer. La

fumée secondaire produite par les cigares présente une concentration beaucoup plus élevée de certaines substances cancérogènes, menaçant ainsi davantage la santé des non-fumeurs.

Poursuivons cette revue avec le petit joint de « marijuana » qui, à lui seul, contient beaucoup plus de goudron qu'une cigarette ordinaire. Les consommateurs de marijuana fument généralement moins de joints que les fumeurs qui consomment des cigarettes. Par contre, ils ont tendance à inhaler davantage de fumée à chaque bouffée et à la retenir plus longuement dans leurs poumons – jusqu'à quatre fois plus longtemps. Pour cette raison, certains estiment qu'une consommation *quotidienne* de 3 à 4 joints de marijuana équivaut à peu près à 20 cigarettes de tabac. Les consommateurs de marijuana risquent ainsi d'éprouver plusieurs des problèmes de santé propres aux fumeurs, y compris le risque de cancer[2].

Vous ne fumez pas? Bravo !

Quels sont maintenant les risques de vivre avec un fumeur?

Les dernières études démontrent que les non-fumeurs, exposés à la fumée des autres, ont un risque plus élevé de développer un cancer ou d'autres maladies pulmonaires. Santé Canada estime que plus de 300[3] non-fumeurs mourront d'un cancer du poumon et au moins 1 100 d'autres maladies chaque année à la suite d'une exposition à la fumée des autres. Une cigarette, qui brûle à une température plus basse que la fumée inhalée, contient 2 fois plus de goudron et 5 fois plus de monoxyde de carbone.

De bonnes nouvelles !

Toujours selon Santé Canada, le nombre de fumeurs canadiens est en baisse. En effet, les taux de tabagisme continuent de décliner au pays et sont passés de 22 % en 2001 à 21 % en 2003. Les hommes fument encore plus (23 %) que les femmes (18 %). La seule ombre au tableau est l'augmentation chez les 15–19 ans. On compte légèrement plus de jeunes fumeuses (20 %) que de jeunes fumeurs (17 %).

Chez les jeunes, environ 18 % des 15 à 19 ans, fumaient en 2003 et les taux de tabagisme juvénile ont commencé à décroître au cours des dernières années – de 28 % en 1999 à 18 % en 2003.

Santé Canada estime que plus de 300[3] non-fumeurs mourront d'un cancer du poumon et au moins 1 100 d'autres maladies chaque année à la suite d'une exposition à la fumée des autres.

En conclusion

L'effet du tabagisme sur nos clients, est une partie importante de notre travail comme inhalothérapeute. Qu'on travaille dans un laboratoire diagnostique, en soins critiques ou en thérapie respiratoire, au bloc opératoire ou en soins à domicile, en clinique d'enseignement pour l'asthme ou la MPOC, chacun de nous est conscient du rôle néfaste que le tabagisme occasionne sur la santé de nos clients. La majorité des pathologies et complications autant respiratoires que cardiovasculaires en est le résultat.

Afin de prendre un rôle actif dans la prévention des différentes pathologies occasionnées par le tabagisme, l'information et le soutien aux usagers sont primordiaux. Il existe d'ailleurs différentes façons de cesser de fumer et plusieurs organismes sont également disponibles pour l'arrêt tabagique.

L'inhalothérapeute, comme spécialiste de la santé cardiorespiratoire, est bien placé pour prendre une part active dans ce domaine, tant comme professionnel que comme individu responsable. Pour ceux d'entre nous qui sont encore des fumeurs, il s'agit maintenant de prêcher par l'exemple, dans le but de se faire le plus beau des cadeaux…

[1] http://www.cancer.ca (consulté en octobre 2005).
[2] Mise à jour décembre 2004.
[3] Mise à jour le 30 décembre 2004.

L'Association pulmonaire du Québec… au service des Québécois depuis 1938 !

La mission de l'Association pulmonaire est de promouvoir la santé pulmonaire et prévenir les maladies respiratoires par la recherche, l'éducation et les services.

Membre de l'Association pulmonaire du Canada, de l'American Lung Association, de l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires ainsi que de l'Organisation mondiale de la santé, l'Association pulmonaire du Québec a toujours été liée intimement au combat de tous les instants qu'a mené la science contre la tuberculose et les différentes maladies respiratoires.

Aujourd'hui encore, l'Association pulmonaire demeure en constante évolution en mettant de l'avant plusieurs programmes de prévention, d'éducation et de recherche qui répondent adéquatement aux besoins de la population, et ce, toujours dans le but d'améliorer la qualité de vie de plus de 1,4 million de Québécois souffrant de maladies respiratoires.

Les services offerts par l'Association sont assurés par des professionnels spécialisés en santé respiratoire. Que ce soit pour des problèmes liés à la *maladie pulmonaire obstructive chronique* (bronchite chronique – emphysème), à l'*asthme* ou toute autre maladie respiratoire, ou pour de l'information sur les différents *programmes d'aide pour la cessation tabagique*, des lignes téléphoniques sans frais sont à la disposition de la population.

Afin de répondre à une préoccupation grandissante, le programme *ActionAir* (1 866 717-MPOC) a pour objectif d'informer et encourager les personnes atteintes de la MPOC à mieux vivre avec leur maladie.

Pour sa part, *Info Asthme* (1 800 295-8111, poste 232) est là pour aider les asthmatiques à mieux comprendre leur maladie et ainsi mieux la maîtriser.

Cesser de fumer est très difficile. *Poumon-9* (1 888 768-6669, poste 232) propose des solutions et de l'aide à tous ceux qui veulent en finir avec cette dépendance.

L'implantation des *groupes d'entraide* dans plusieurs régions du Québec vise à établir un réseau de ressources permettant aux personnes atteintes de maladies respiratoires et à leur entourage, de sortir de leur isolement et apprendre à mieux gérer leur maladie.

Pour en connaître davantage sur l'Association pulmonaire, consultez le site Internet www.pq.poumon.ca ou téléphonez au 1 800 295-8111.

dossier

La pharmacothérapie à la rescousse

par Michèle Tremblay, Médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec
En collaboration avec Daniela Jukic, Ph.D., Institut national de santé publique du Québec et Line Prévost, inh., coordonnatrice aux affaires professionnelles, OPIQ

Les nouvelles sont encourageantes : la proportion de Québécois de 12 ans et plus faisant usage du tabac est à la baisse depuis quelques années. À peine plus du quart de la population fume toujours… Parmi les principales interventions responsables du nombre croissant de fumeurs qui abandonnent le tabac, notons entre autres :

- **les hausses régulières des taxes sur les produits du tabac;**
- **l'application de la Loi sur le tabac restreignant l'usage du tabac dans les milieux de travail et les lieux publics;**
- **les campagnes médiatiques incitant les fumeurs à écraser;**
- **le remboursement des aides pharmacologiques de sevrage de la nicotine;**
- **l'intervention des professionnels de la santé;**
- **les avertissements chocs sur les paquets de cigarettes.**

Bien que 20,7 % de la population québécoise fume chaque jour en 2003 et que 5,2 % le fasse à l'occasion (Statistique Canada, 2004), il n'en demeure pas moins que 1,6 million de Québécois inhalent régulièrement de la fumée de tabac composée de plus de 4 000 substances chimiques dangereuses pour la santé. Faut-il encore le rappeler : le tabac tue à lui seul chaque année plus de 13 000 Québécois et Québécoises, soit 36 personnes chaque jour (Makomaski illing, 2004)!

The news is encouraging: the number of Quebecers 12 years of age and older who smoke has been declining in recent years. Just over one quarter of the population still smokes… Among the primary interventions responsible for the growing number of smokers who are kicking the habit, the following are worth noting:

- **the regular tax increases on tobacco products;**
- **the enforcement of the Tobacco Act which restricts smoking in public areas and in the workplace;**
- **the use of media campaigns that encourage smokers to "butt out";**
- **the reimbursement of pharmacological aids for smoking cessation;**
- **the intervention of health professionals;**
- **the use of high-impact warning on cigarette packages.**

While 20.7 percent of the Quebec population smoked every day in 2003, and 5.2 percent smoked on occasion (Statistics Canada, 2004), the fact remains that no fewer than 1.6 million Quebecers regularly inhale tobacco smoke containing over 4,000 chemical substances that are detrimental to our health. It's also worth remembering that tobacco alone kills more than 13,000 Quebecers each year. That's 36 people a day! (Makomaski illing, 2004)

de la dépendance au tabac

La dépendance aux produits du tabac

La grande majorité des fumeurs souhaite cesser de fumer. Elle est malheureusement aux prises avec une dépendance très puissante engendrée par l'inhalation de nicotine qui atteint le cerveau en quelques secondes à peine (Jarvis, 2004). La nicotine agit au niveau du cerveau en faisant appel à un système composé de deux noyaux : la *Ventral Tegmental Area* et le noyau accumbens *(Nucleus Accumbens)*. Elle provoque la libération de dopamine de façon exagérée et reproduit ce que l'individu ressent quand un besoin vital est assouvi (Roy, 2001). De plus, la libération de dopamine entraîne un apprentissage des associations objet–nicotine–contexte spatial (Roy, 2001). Ainsi, voir une cigarette qui fume peut déclencher chez l'ex-fumeur une envie insoutenable de fumer, même plusieurs années après avoir cessé de fumer. C'est pourquoi arrêter de fumer demande *plus* que de la simple volonté, mythe encore très répandu.

Alors qu'on croyait jusqu'à récemment que la dépendance s'installait sur une période de deux à trois ans chez les jeunes qui expérimentent le tabac, les chercheurs observent que la dépendance au tabac pourrait survenir beaucoup plus rapidement, avant même l'usage quotidien, et après quelques cigarettes seulement pour certains fumeurs (Di Franza, 2002; O'Loughlin, 2003).

Comment se libérer de la dépendance au tabac

Un fumeur qui désire abandonner le tabac pour le reste de sa vie doit se préparer. Il doit bien se connaître, tirer profit de ses essais antérieurs, identifier les situations qui seront difficiles et avoir des stratégies qui lui sont propres pour résister aux fortes envies qui ne manqueront pas de se présenter. Quatre-vingts pour cent des fumeurs qui cessent de fumer ressentent des symptômes de sevrage :

- irritabilité, anxiété, impatience et nervosité;
- difficulté à se concentrer;
- désir incontrôlable de fumer;
- céphalées;
- troubles du sommeil;
- constipation, augmentation de l'appétit;
- tremblements, augmentation de la sudation et étourdissements (Collège des médecins du Québec, 1999).

Arrêter de fumer demande plus que de la simple volonté.

Ces symptômes surviennent quelques heures à peine après la dernière cigarette et diminuent progressivement au cours des deux à cinq semaines suivantes. Plus un fumeur consomme une grande quantité de cigarettes et plus il fume tôt après le réveil (en dedans des trente premières minutes), plus il a de risques de ressentir ces symptômes. L'utilisation de médicaments permet de diminuer l'intensité de ces malaises et les taux d'abandon doublent quand l'une des deux classes de médicaments suivantes est utilisée : la thérapie de remplacement de la nicotine et le bupropion.

La thérapie de remplacement de la nicotine

Au Québec, la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) se présente sous forme de *gomme*, de *timbre* et plus récemment d'*inhalateur*.

La TRN procure à l'ex-fumeur une quantité de nicotine qui, bien que moindre que celle obtenue en fumant, permet de réduire la fréquence et l'intensité des symptômes de sevrage. Elle offre aussi l'avantage de limiter l'exposition à un seul produit plutôt qu'aux 4 000 composantes de la fumée de tabac. C'est pourquoi, il est fortement recommandé de conseiller l'utilisation de ces produits au fumeur qui est motivé à cesser de fumer. Comme aucune étude n'a démontré l'efficacité supérieure d'une des formes de remplacement de la nicotine, le choix devrait se faire en fonction de la préférence du fumeur et de considérations cliniques (Fiore, 2000; Molyneux, 2004).

Les taux d'abandon doublent quand l'une des deux classes de médicaments suivantes est utilisée : la thérapie de remplacement de la nicotine et le bupropion.

Il existe certaines contre-indications dans les monographies des produits de remplacement de la nicotine, mais il faut prendre en considération le fait que continuer de fumer est probablement moins sécuritaire que de prendre uniquement de la nicotine et ce, en quantité inférieure (Fiore, 2000; Molyneux, 2004). C'est pourquoi en Angleterre, la grossesse n'est plus listée comme une contre-indication (Beaglehole, 2004).

Contre-indications à la TRN (CPS, 2004)

- infarctus du myocarde récent;
- accident vasculaire cérébral récent;
- angine instable ou sévère;
- arythmie sévère;
- grossesse ou allaitement;
- être âgé de moins de 18 ans.

Le timbre de nicotine

Le timbre de nicotine est probablement le produit le plus facile à utiliser car il suffit de le mettre chaque matin sur une région non poilue et propre du thorax ou de la face externe du bras (CPS, 2004). Le site d'application devrait changer chaque jour pour éviter l'apparition d'éruption cutanée. La principale contre-indication de cette forme de remplacement a trait aux maladies cutanées généralisées et à l'allergie aux diachylons.

Le timbre de nicotine est vendu sous deux marques de commerce : Nicoderm® et Habitrol®. Tous les deux offrent trois dosages, 21 mg, 14 mg et 7 mg et ce sont des timbres qui se portent 24 heures sur 24. Le fabricant de Nicoderm® suggère aux fumeurs qui consomment 10 cigarettes par jour ou moins, de commencer la thérapie avec un timbre de 14 mg. Il en est de même pour les fumeurs pesant moins de 100 livres ou les fumeurs qui ont des maladies cardiovasculaires (CPS, 2004).

Quant au fabricant d'Habitrol®, il suggère au fumeur de moins de 20 cigarettes par jour, de commencer le traitement avec un timbre de 14 mg.

Les fabricants suggèrent une durée de traitement de 8 à 12 semaines. Les essais cliniques ont démontré qu'un traitement de 8 semaines était aussi efficace qu'un traitement de 12 semaines. Toutefois, il est de plus en plus conseillé

de proposer une durée de traitement plus longue que 12 semaines si les symptômes de sevrage persistent, et ce afin d'éviter les rechutes (Fiore 2000; CPS 2004).

Si des troubles du sommeil comme des cauchemars surviennent, il est suggéré de retirer le timbre avant le coucher et d'en mettre un nouveau le lendemain matin.

La gomme de nicotine

La gomme de nicotine s'apparente davantage à un timbre buccal qu'à une gomme à mâcher. Elle est disponible en dosages de 2 mg ou 4 mg. Les gommes de 4 mg sont recommandées pour les personnes qui fument leur première cigarette au cours des 30 minutes suivant leur réveil, alors que les gommes de 2 mg sont indiquées pour celles qui ont une dépendance moindre (Monographie Nicorette®, 2003).

Le mode d'emploi de la gomme est très important, car une mastication trop rapide peut provoquer des irritations de la bouche et de la gorge, des hoquets, des nausées ou de la dyspepsie. Pour une efficacité maximale, le fumeur doit mâcher la gomme 2 ou 3 fois, puis la glisser entre la gencive et la joue pendant une minute pour que la nicotine soit absorbée au niveau de la muqueuse buccale. Il doit ensuite transférer la gomme de l'autre côté et ainsi de suite pendant 30 minutes.

La gomme devrait être consommée selon un horaire fixe, comme 1 gomme à l'heure mais elle peut aussi être utilisée au besoin. La posologie ne devrait pas dépasser 20 gommes par jour, quoique la plupart des fumeurs mâchent environ une dizaine de gommes quotidiennement (CPS, 2004). La durée du traitement suggérée est de 12 semaines et, si la personne craint une rechute, elle peut poursuivre le traitement durant 12 autres semaines. La gomme à la nicotine peut limiter le gain de poids, de façon temporaire, pendant la période de traitement.

L'inhalateur de nicotine

Une troisième forme de remplacement de la nicotine vient d'être mise sur le marché au Canada, l'inhalateur. Celui-ci est constitué d'un embout buccal et de cartouches de 10 mg de nicotine que l'on insère dans l'embout. On l'utilise comme s'il s'agissait d'une cigarette. Malgré son appellation, la nicotine ne se rend pas aux poumons mais est absorbée dans la bouche et la gorge. Il est recommandé d'utiliser de 6 à 12 cartouches par jour (Beaglehole, 2004).

Seuls la gomme et le timbre sont remboursés par le régime général d'assurance médicaments du Québec et ce, pour une période de 12 semaines consécutives par année. Une prescription médicale est nécessaire pour le remboursement.

Le bupropion

Le bupropion est un antidépresseur qui agirait au niveau du cerveau en favorisant une quantité accrue de dopamine et de noradrénaline. Les études ont démontré que l'utilisation de ce médicament double les chances de succès chez les fumeurs qui arrêtent de fumer. Il est disponible comme antidépresseur (Wellbutrin®) ou comme aide pour l'arrêt tabagique (Zyban®).

Il existe plusieurs contre-indications qui sont pour la plupart reliées au risque de convulsions associé à ce médicament. En effet, une incidence de convulsions de 1 sur 1000 a été rapportée dans les études où le médicament avait été utilisé comme antidépresseur (CPS, 2004).

Contre-indications au bupropion (CPS, 2004)

- Troubles convulsifs;
- Prise de bupropion comme antidépresseur;
- Diagnostic ou antécédents de boulimie ou d'anorexie;
- Sevrage éthylique;
- Retrait soudain de benzodiazépines ou d'autres sédatifs;
- Hypersensibilité au bupropion;
- Prise d'un antidépresseur de la classe des inhibiteurs de la mono-amine-oxydase ou de thioridazine ou utilisation depuis moins de 14 jours de ces médicaments.

En plus des contre-indications, il existe aussi plusieurs mises en garde et précautions par rapport au bupropion (CPS, 2004). C'est pourquoi ce médicament n'est en vente que sur prescription médicale. Il est toutefois remboursé par le régime d'assurance médicaments à raison d'une prescription de 12 semaines une fois par année.

Il existe un seul dosage, 150 mg. Le fumeur commence le traitement en prenant 1 comprimé de 150 mg par jour pendant les 3 premiers jours puis augmente à 1 comprimé deux fois par jour pendant 7 à 12 semaines en s'assurant de toujours respecter un intervalle d'au moins 8 heures entre les deux doses (Fiore 2000; CPS, 2004). L'arrêt tabagique se fait lors de la deuxième semaine de traitement. Il est possible de poursuivre le traitement pendant une année entière. Si des problèmes d'insomnie apparaissent, il est conseillé de prendre la deuxième dose quelques heures avant le coucher tout en respectant l'intervalle de huit heures.

Conclusion

La prise d'aides pharmacologiques est une aide importante qui double les taux d'abandon du tabac. Il faut toutefois se rappeler que, bien que les symptômes de sevrage soient atténués, les médicaments ne sont pas une panacée. Tout professionnel de la santé qui conseille au fumeur de cesser de fumer devrait discuter aussi des difficultés qui risquent d'être éprouvées et des stratégies possibles pour les surmonter. Il devrait aussi offrir son soutien et suggérer au fumeur d'utiliser les ressources à sa disposition, notamment la ligne téléphonique nationale sans frais 1 866 527-7383, le site web www.jarrete.qc.ca et les centres d'abandon du tabagisme.

Texte adapté de l'article de Michèle Tremblay « La pharmacothérapie à la rescousse de la dépendance au tabac », L'Explorateur, *vol. 14, n° 3, octobre 2004.*

RÉFÉRENCES

Association pharmaceutique canadienne (2004). Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques, Ottawa, Association des pharmaciens du Canada, 2625 p.

BEAGLEHOLE, R. H. & R. G. WATT (2004). Helping smokers stop. A guide for the dental team, British Dental Association & Health Development Agency, 28 p.

Collège des médecins du Québec et Direction de la santé publique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Québec (1999). La prévention et l'abandon du tabagisme. Lignes directrices, Montréal, 20 p.

DIFRANZA, J. R. et autres (2002). "Development of symptoms of tobacco dependence in youth : 30 month follow-up data from the DANDY study", Tobacco Control, vol. 11, n°3, septembre, p. 228-235.

FIORE, M. C. et autres (2000). Treating tobacco use and dependence clinical practice guideline, Rockville (MD), US Department of health and human services, Public Health Service, 179 p.

JARVIS, J. J. (2004). "Why people smoke". British Medical Journal, vol. 328 (janvier), p. 277-279.

MAKOMASKI ILLING, E. M. et M. J. KAISERMAN (2004). "Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions, 1998", Revue canadienne de santé publique, vol. 95, n°1 (janvier-février), p. 38-44.

Molyneux, A. (2004). "Nicotine replacement therapy", British Medical Journal, vol. 328 (janvier), p. 454-456.

O'Loughlin J. et autres (2003). "Nicotine-dependence symptoms are associated with smoking frequency in adolescents", American Journal of Preventive Medicine, vol. 25, n°3, p. 219-225.

Roy, J. P. (2001). « La neurobiologie de la dépendance à la nicotine », L'actualité médicale, n° 7 (février), p. 32-33.

Statistique Canada (2004). L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003.

d'ordre juridique

Loi sur le **tabac**

par Me Andrée Lacoursière, avocate, adjointe à la direction générale

C'est une vérité de La Palice que d'affirmer que le tabagisme constitue un grave problème de santé publique dont les coûts sont considérables, tant du point de vue financier que social. À cet égard, le gouvernement doit jouer un rôle prépondérant afin de modifier les habitudes de consommation du tabac dans notre société, et ainsi protéger le droit de tous ses citoyens de vivre dans un environnement sans fumée. C'est pourquoi, le 16 juin dernier, les députés présents à l'Assemblée nationale ont voté unanimement pour l'adoption du projet de loi modifiant la Loi sur le tabac et d'autres dispositions législatives.

It is a self-evident truth that smoking is a serious public health problem with considerable costs, both financial and social. In light of this, the government should play a leadership role so as to modify smoking patterns in our society, and to protect the right of all citizens to live in a smoke-free environment. That is why, last June 16, the Members present at the National Assembly unanimously voted to adopt the Bill modifying the Tobacco Act and other legislative provisions.

Ce projet de loi vient modifier la Loi sur le tabac adoptée en 1998. Il prévoit notamment d'étendre l'interdiction de fumer à certains lieux jusqu'ici épargnés par les dispositions légales existantes, et de restreindre davantage l'usage du tabac dans les lieux fermés actuellement visés par la loi.

L'une des mesures le plus susceptible de modifier les habitudes de vie des fumeurs, sans compter celle des non-fumeurs, est sans contredit l'interdiction de fumer dans tous les bars et les restaurants dès le 31 mai 2006. En effet, il sera dorénavant interdit de fumer dans les brasseries, les tavernes et les bars ainsi que dans les salles de bingo. La loi supprimera également la possibilité d'aménager des aires où il est permis de fumer, notamment dans les restaurants, les aires communes des centres commerciaux, et les gares. Il sera toutefois permis de continuer à fumer sur les terrasses extérieures des bars et des restaurants, à condition que celles-ci ne soient pas recouvertes d'un toit.

Le projet de loi prévoit aussi l'interdiction de fumer, dès septembre 2006, sur les terrains des écoles primaires et secondaires et des centres de la petite enfance (CPE) aux heures où les enfants ou adolescents y sont présents. Il sera également interdit de fumer dans un rayon de neuf mètres de toute porte extérieure des établissements de santé et de services sociaux, des bâtiments d'un cégep ou d'une université et des installations d'un centre de la petite enfance. L'interdiction s'applique à la limite du terrain dans les cas où cette dernière est inférieure à neuf mètres.

Le législateur entend par ailleurs modifier les règles applicables à la vente du tabac. À cet égard, le projet de loi prévoit que l'interdiction de vendre du tabac à un mineur s'applique dorénavant à quiconque et non seulement à l'exploitant d'un commerce. Il prévoit également que la vente de tabac au détail ne peut s'effectuer qu'à l'intérieur d'un « point de vente de tabac ». Aux fins d'application de la loi, et afin d'éviter les risques d'ambiguïtés, le législateur introduit une définition claire des endroits où il sera permis de faire le commerce du tabac : « un point de vente de tabac est un lieu fixe délimité de façon permanente par des cloisons ou des murs continus s'étendant du sol au plafond, auquel la clientèle ne peut accéder que par une ouverture munie d'une porte et dans lequel on vend, notamment, du tabac au détail ». De plus, afin d'exercer un contrôle plus rigoureux de la vente du tabac, le gouvernement implantera un registre

L'une des mesures le plus susceptible de modifier les habitudes de vie des fumeurs, sans compter celle des non-fumeurs, est sans contredit l'interdiction de fumer dans tous les bars et les restaurants dès le 31 mai 2006.

des débits de tabac dans lequel tous les détaillants devront s'inscrire avant le 15 juin 2006.

D'autres mesures viendront également restreindre considérablement la vente du tabac. Ainsi, il sera dorénavant interdit de vendre du tabac dans les endroits où se déroulent des activités culturelles, artistiques ou sportives, dans les cégeps et universités, de même que dans les restaurants et les bars. Il sera de plus totalement interdit de faire installer, maintenir ou laisser sur place une distributrice de cigarettes.

Finalement, afin de donner plus de dents à la législation sur le tabac déjà existante, le projet de loi augmentera la sévérité des dispositions pénales sanctionnant notamment la vente du tabac aux mineurs ainsi que la période d'interdiction de vendre du tabac dans un point de vente de tabac lorsque l'exploitant d'un tel point de vente est déclaré coupable d'une infraction à ces dispositions. Par exemple, le montant de la contravention pour une première infraction passera de 300 $ à 500 $ pour les exploitants d'un point de vente.

Comme l'indiquait le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, Philippe Couillard, lors de la commission parlementaire, le Québec effectue en quelque sorte, avec l'adoption de ces mesures, un rattrapage par rapport aux autres provinces canadiennes ainsi que plusieurs pays occidentaux. En effet, devant les coûts sans cesse croissants des soins de santé, les gouvernements à travers le monde ont adopté au cours des dernières années, des lois et des règlements visant à étendre l'interdiction de fumer à un plus grand nombre de lieux publics et de milieux de travail.

C'est d'ailleurs dans cette optique d'une stratégie d'intervention *globale* de lutte contre le tabagisme que l'OPIQ s'est associé à l'Institut national de santé publique du Québec afin de développer et de dispenser une formation de trois heures en arrêt tabagique adaptée à la réalité des différents milieux cliniques. Ainsi, grâce au soutien financier de l'Institut national de santé publique (INSPQ), 8 inhalothérapeutes ont été recrutés et formés afin d'agir à titre « d'agents multiplicateurs », responsables de transmettre la formation dans leur région respective et ainsi augmenter le nombre d'interventions de dépistage *systématique* et de counselling *bref* par les inhalothérapeutes.

RÉGLEMENTATION

Le 1er décembre 2005 entrait en vigueur le *Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute*. En vertu de ce règlement, les inhalothérapeutes pourront dorénavant effectuer la ponction artérielle radiale, s'ils sont titulaires d'une attestation délivrée par l'OPIQ.

Le texte du règlement est disponible sur le site de l'Ordre.

Intervenir auprès d'une clientèle MULTIETHNIQUE

par Mme Sylvie Bégin, inh., B. Sc.
Mme Ruth Banville, inh., B. Sc.
Service régional de soins à domicile,
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

De plus en plus d'intervenants du milieu de la santé prennent conscience du changement de visage de l'usager – hospitalisé ou à domicile. Cette perception est plus flagrante à Montréal et à Québec qu'en région. L'inhalothérapeute essaie souvent, avec les moyens du bord ou avec peu ou pas de préparation, de s'adapter à ces changements massifs de population, aux mentalités et aux conceptions différentes du système de santé.

More and more health-care providers are taking notice of the changing face of hospitalized and at-home clients. This perception is more apparent in Montreal and Quebec City than in other regions. Respiratory therapists often try to make do on their own, or with little or no preparation, to adapt to these massive shifts in the population, its mentality and its different views of the health-care system.

Évolution du fait migratoire au Québec

Le développement du Canada s'est effectué principalement par l'apport de l'immigration, et ce, depuis que ce territoire a été revendiqué par Jacques Cartier en 1534. Qu'on le veuille ou non, nous sommes tous des immigrants depuis plus ou moins longtemps (voir tableau p. 15).

La population du Québec représente environ 25 % de la population totale du Canada, mais la province ne reçoit que 17 % de la population immigrante totale du Canada. Les Québécois ont d'ailleurs toujours vu l'immigration comme un mal nécessaire ou bien comme une menace dont il faut se protéger. C'est aussi un peu pour cette raison et parce que la majorité des immigrants étaient originaires des îles Britanniques anglophones que le Québec n'a jamais demandé d'augmenter la proportion d'immigrants.

À la création du ministère québécois de l'Immigration en 1968, le Québec a pu choisir les immigrants qui seraient suscep-

Périodes	Origine ethnique	Motifs du départ du pays d'origine	Politiques canadiennes
Régime français 1534–1763	Français, Allemands, Italiens (70 000), Hollandais	Faire fortune; commerce des fourrures	Peuplement blanc
Régime anglais 1760–1861	Britanniques (Anglais et Écossais) 20 000/an; Américains loyalistes et leurs esclaves noirs; Irlandais (plus de 100 000)	Politique de dépeuplement; se débarrasser des indésirables; guerre d'Indépendance des États-Unis; famine en Irlande (maladie de la pomme de terre)	Peuplement blanc
1867	Britanniques en majorité (210 666; cultivateurs et ouvriers agricoles)	Attraction exercée par les richesses du Canada	Peuplement blanc
1880	Japonais et Chinois (38 500)	Manque de main-d'œuvre locale au Canada; manque de travail et pauvreté	Travailleurs à bon marché
1913	Allemands et Ukrainiens (400 000)	Instabilité politique à cause de l'abandon du régime monarchique, la guerre approche	
1915	Russes; Juifs; Polonais; Italiens du Sud (36 665)	Persécution religieuse; pauvreté	Refus d'acceptation des Noirs et des Asiatiques
1930–1940	Britanniques et Américains (104 800)	Deuxième Guerre mondiale qui approche et récession	
1942–1949	Britanniques; Italiens du sud; Grecs; Espagnols	Réfugiés d'après-guerre; pauvreté	
1950–1959	Britanniques; Français; Européens du sud	Pauvreté	
1960	Ceylan, Sri Lanka, Pakistan, Inde (104 100)	Pauvreté	Nouveau critère de choix : qualifications professionnelles
1968	Haïtiens (scolarisés), Égyptiens et Marocains (scolarisés)	Fuite du régime dictatorial.	Création du ministère québécois de l'Immigration
1970	Latino-Américains (Québec : 20 000)	Instabilité politique en Amérique centrale	
1976	Haïtiens (peu scolarisés); Vietnamiens; Cambodgiens; Laotiens; (Québec : 30 000)	Guerre	Aide aux réfugiés
1979–1980	Asie du Sud (Canada : 70 000)	Réfugiés de la mer	Aide aux réfugiés
1980–1995	Roumains; Africains du Nord; Hong-kongais; (Canada : environ 17 000/an)	Économique (réfugiés) et investisseurs	

tibles d'aider au développement et de participer aux progrès de la société. Dans la même ligne, le Québec a voulu favoriser l'adaptation des immigrants et leur intégration au milieu québécois français.

Changement de visage de l'usager québécois surtout à Montréal et à Québec

Le Québec accepte des immigrants surtout pour aider à son redressement démographique. Nous traversons une crise démographique grave : l'indice de fécondité des femmes diminue (1,39 en 1986). L'indice de fécondité pour une stabilisation démographique est de 2,1. Si rien ne change, la population du Québec commencera à décliner au début du 21e siècle et comme la population vieillit de plus en plus, on assistera à une baisse du développement économique et à de graves problèmes de société. Une politique d'immigration qui favorise l'augmentation du nombre de nouveaux venus représente une solution pour atteindre l'objectif essentiel de stopper la décroissance et si elle est associée à une politique nataliste, la situation devrait en principe se redresser.

De plus, la majorité des immigrants se retrouvent principalement à Montréal (en grande part) et à Québec (en faible part) où sont implantées leurs communautés d'origine. Présentement, nous ne sommes souvent qu'une terre de passage, car plusieurs immigrants quittent le Québec pour le sud de l'Ontario où le dynamisme économique est plus attirant ou encore pour l'Ouest canadien. Il est pertinent d'augmenter le niveau d'immigration au Québec, mais il faut le faire en douceur, en tenant compte de la capacité d'accueil économique et culturel du pays, et en s'assurant qu'ils décideront de rester ici après leur arrivée au pays.

Actuellement, Montréal regroupe 93 % des allophones du Québec et il ne reste plus que 19 % de francophones dans la métropole. Les immigrants préfèrent s'installer en périphérie de la grande ville. Pas étonnant qu'avec ce nombre, tous les hôpitaux de Montréal se voient obligés de composer avec une clientèle très variée du point de vue de la culture et du langage.

Le Québec accepte des immigrants surtout pour aider à son redressement démographique. Nous traversons une crise démographique grave : l'indice de fécondité des femmes diminue (1,39 en 1986). L'indice de fécondité pour une stabilisation démographique est de 2,1. Si rien ne change, la population du Québec commencera à décliner au début du 21e siècle et comme la population vieillit de plus en plus, on assistera à une baisse du développement économique et à de graves problèmes de société.

C'est aussi la réalité du Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques où environ 25 % de la clientèle est d'une origine *autre* que *française* ou *britannique*. Il n'est pas rare de voir un inhalothérapeute aux prises avec un problème d'incompréhension – langage, attitude ou comportement – essayer de s'en sortir avec des moyens souvent très occidentalisés mais être *renversé* parce que le résultat n'est pas celui espéré. Pourtant, il s'agit de faire si peu de choses pour créer un contact quand on sait comment.

Comportements des gens d'ethnies différentes des Nord-Américains

En premier lieu, il faut bien se connaître comme société moderne. Les Québécois vivent dans un modèle identitaire appelé individualiste. Ce modèle est considéré comme minoritaire et limité aux sociétés occidentales.

Il est basé sur cinq valeurs fondamentales :

1- La dignité de l'homme : c'est une fin en soi.
2- Le développement de soi : il faut s'affirmer et se réaliser dans la vie. C'est l'objectif majeur de l'individu.
3- L'autonomie : la personne prend elle-même ses propres décisions dont les orientations dans sa vie.
4- La vie privée : un espace où l'individu est hors de toute influence du monde public et la société est perçue comme une extension de cet espace individuel.
5- Les capacités et les besoins : chaque individu a des capacités et des besoins innés qu'il doit combler et satisfaire dans la société. En général, les liens entre les individus peuvent paraître faibles. Chacun veille à ses intérêts et ce type de société laisse une grande liberté d'action. Au Québec, il est naturel de se valoriser et d'essayer de surpasser les autres : la compétitivité est à son meilleur. Les conflits sont source de formation et il faut apprendre à les gérer. L'efficacité est privilégiée par comparaison à la loyauté à l'égard des siens. Ce qui est mis de l'avant c'est l'autonomie, la débrouillardise, l'initiative et la prise de décision personnelle.

Cette conception *individualiste* s'applique bien à la famille nucléaire, à une technologie de style capitaliste, à la volonté de pouvoir de l'homme sur la nature, à la théorie cartésienne et à la doctrine du péché véhiculée par le catholicisme.

Si on regarde maintenant l'autre modèle le plus répandu dans le monde non occidental soit le modèle communautaire ou collectiviste.

L'idée de *personne* comme *individu* n'existe pas, le sentiment du nous domine sur celui du moi. Là où prévaut ce modèle, l'individu voit son destin et sa place dans la société décidés d'avance par les valeurs collectives et la cohésion du groupe. L'individu vit en fonction du groupe, de la famille, du village, de la tribu, du clan et du groupe de travail. La solidarité est très importante et l'individu ne peut s'en soustraire. Les relations dans le groupe sont très structurées et le respect de l'autorité est très valorisé sans pour autant négliger l'affectivité. Les liens entre les gens sont très étroits et chacun a un fort sentiment d'appartenance à sa communauté. Cette interaction ressemble fort à un échange : la fidélité au groupe contre la protection du groupe. L'harmonie et l'entente sont primordiales et on essaie d'éviter les conflits. Ce qui valorise les individus c'est leur capacité de protéger l'harmonie en encourageant la patience, la coopération et la conciliation.

Stratégies pour faciliter la communication interculturelle

Stratégies pour faciliter la compréhension :

1- Partager avec l'autre la responsabilité d'une communication difficile.
2- Demander au locuteur de parler plus lentement.
3- Répéter ce que l'on croit que la personne a dit.
4- Encourager l'autre à écrire son message.
5- Permettre à l'usager d'épeler les mots difficiles.
6- Donner du temps à l'usager.
7- Écouter tout ce que le locuteur dit avant de supposer que l'on n'a pas compris.
8- Se souvenir de l'importance de l'écoute et s'attarder à comprendre.

Stratégies pour vérifier si le message a été compris :

1- Être attentif au non-verbal. N'oubliez pas cependant que le signe NON d'ici peut être OUI ailleurs, lorsque vous demandez si la personne a bien compris.
2- Demander de répéter ce qui a été compris. Cependant, il serait préférable de le faire discrètement ou en privé pour préserver la dignité du locuteur.
3- Être attentif à un effort de désirer changer de sujet. Cela peut indiquer que le locuteur ne comprend pas ou est mal à l'aise et est anxieux.
4- Prendre note d'un rire inapproprié. Cela ne signifie pas nécessairement que la personne est impolie, mais plutôt qu'elle tente de dissimuler son embarras.
5- Inviter lorsque cela est possible, la personne à répondre à vos questions dans un lieu privé ou par écrit. Vous aidez ainsi le locuteur à éviter de se sentir humilié devant les gens lorsqu'il ne comprend pas.
6- Donner plus de temps pour susciter des questions, car formuler une question dans une autre langue représente plus d'efforts et exige plus de temps.
7- Être attentif aux différentes significations du OUI. S'agit-il du « Oui, j'ai entendu » ou du « Oui, j'ai compris »?
8- Être attentif aux réponses affirmatives qui suivent les questions négatives (ex. : « Vous ne comprenez pas, n'est-ce pas? » Réponses possibles : « Non, je ne comprends pas » – « Oui, je suis d'accord avec vous que je ne comprends pas ». Formulez vos questions de façon affirmative comme : « Comprenez-vous ? ».
9- Être attentif au OUI de politesse. La réponse « Oui, je le pense aussi » ou « Je le suppose » peut être un moyen d'adoucir une réponse qui paraît trop brusque. Cela signifiera alors « Non, je ne comprends pas! (mais je ne suis pas à l'aise d'avoir à le dire ici) ».
10- Observez le comportement et vérifiez les réalisations : si les consignes sont bien respectées la première fois, c'est que vous avez été compris. Évitez de placer la personne dans un état de surveillance.

Techniques visant à mieux communiquer avec des personnes d'origines diverses

- Ne pas crier.
- Parlez lentement et articulez.
- Évitez l'argot québécois.
- Mettez les mots clés en évidence.
- Permettez davantage de pauses.
- Permettez aux gens de lire sur vos lèvres.
- Utilisez, si possible, des aides visuels.
- Organisez d'abord votre pensée pour vous exprimer par étapes et par courtes phrases.
- Utilisez les messages écrits.
- Utilisez (parfois) le non verbal.
- Prenez conscience du ton de votre voix.
- Utilisez des mots familiers.
- Répétez et reformulez fréquemment.
- Soyez attentif à ne pas devenir paternaliste.
- Vérifiez souvent la compréhension des gens.
- Ne donnez pas trop d'information à la fois.
- Soyez très prudent en traduction.
- Parlez de choses aussi concrètes que possible.
- Utilisez des structures de phrases simples.

Il est maintenant incontournable de prendre la culture en compte, c'est même obligatoire. L'homme, pour guérir et se soigner, a besoin de croire au système thérapeutique de la culture qu'il choisit délibérément. Les intervenants essaient de s'adapter à une clientèle différente, multiethnique. Les changements risquent d'être longs et difficiles, car il y a des écueils : le racisme au quotidien, la xénophobie, le nationalisme qui conduit à l'ethnocentrisme, le pouvoir médical scientifique ancré dans *nos* habitudes et *nos* normes et entretenu par les utilisateurs et les praticiens, et les enjeux socio-économiques. Il faut harmoniser les interventions d'une médecine occidentale au visage multiculturel de la population parce qu'on ne soigne pas seulement le corps, mais l'individu dans son intégralité.

Références disponibles à l'OPIQ sur demande.

DEVILBISS®

DeVilbiss RPM-bilevel™ 9055D

Gamme de pression de 3 à 25 cm pour les CPAP traditionnels et les CPAP à deux niveaux. Maintient automatiquement la même sensibilité de déclenchement avec un taux de fuite élevé (jusqu'à 80 LPM) comme c'est le cas avec le taux de fuite normal d'un masque (22 cm H_2O).

Modèle 9054D du RPMMD

DeVilbiss RPM-AutoAdjustable

Limite la pression moyenne des voies aériennes pour, en bout de ligne, améliorer la tolérance du patient.Détecte les conditions défavorables du masque, incluant les fuites et les bouffées expiratoires Capacité sensible de détection du ronflement réglage du délai ajustable - jusqu'à quatre heures (nuit fractionnée) et beaucoup plus.

Pulmo-Aide Compact Compresseur 3655D

Le Pulmo-Aide Compact est la solution parfaite pour les patients qui recherchent la qualité et traitement efficace d'un petit compresseur.

DEVILBISS®

La famille complète de produits respiratoires

DeVilbiss FlexSet™ Mask

9354D/9354G/9354S/9354GS

Coussin de protège-tête ultra pelucheux pour un confort accru, et qui réduit la pression et élimine les marques sur la peau. Dégagement rapide qui permet à l'usager de détacher le masque du coussin de l'appui-front sans enlever le protège-tête.

Nébuliseurs

Nébuliseur à jet réutilisable DeVilbiss est une valeur efficace en tout temps. Les fournisseurs de soins de la santé à domicile bénéficient d'un produit qui rehausse leur profit tout en permettant au patient de recevoir un traitement plus facile, à efficacité accrue. Fournit au patient jusqu'à un an d'utilisation. Offert en 3 modèles.

Appareils portatifs

Sac de cylindre et économiseur d'oxygène PulseDose deVilbiss

NOUVEAU!

L'économiseur PD1000 I PulseDose ®

PD1000 I avec alarm d'apnée. Se caractérise par son format compact et léger (16,3 oz).

AÉROSOL **MASQUES** **COMPRESSEUR**

PULSE DOSE **SOMMEIL** **CONCENTRATEUR**

SUNRISE MEDICAL
www.sunrisemedical.com

Montréal: 514-367-0727 Sans frais:1-888-548-8688 www.sunrisemedical.ca

L'observance des patients dans le cadre d'un soins à domicile : **résultats d'un sondage**

par C. Blake, psychologue, M. Davis, pneumologue, N. Magnan, inh. et R. Troini, inh., M.A.
Programme national d'assistance ventilatoire à domicile du Centre universitaire de santé McGill, Montréal, Canada.

Au cours des 10 dernières années, il y a eu une augmentation significative dans l'utilisation de la ventilation à long terme pour le traitement des maladies évolutives à caractère ventilatoire. Depuis 1993, le Programme national d'assistance ventilatoire à domicile (PNAVD) du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) offre les services de ventilation à domicile aux patients atteints principalement de maladies neuromusculaires.

Le PNAVD recommande aux patients d'adhérer à une procédure de désinfection de leurs équipements respiratoires qui est fondée sur diverses études de recherche et les recommandations de Santé Canada. Malgré le fait que plusieurs études démontrant l'efficacité de la ventilation à domicile existent, peu de recherches ont été effectuées sur les méthodes de désinfection des équipements dans ce milieu. De plus, sur le faible nombre d'études répertoriées, la plupart font référence aux procédures de désinfection utilisées en centre hospitalier et non spécifiquement à domicile. Une recherche de la littérature démontre qu'aucune étude n'existe sur les méthodes de désinfection des équipements respiratoire en milieu domiciliaire.

Over the last 10 years, there has been a significant increase in the use of long-term ventilation in the treatment of progressive ventilatory diseases. Since 1993, the National Program for Home Ventilatory Assistance (NPHVA) of the McGill University Health Centre (MUHC) has been providing home ventilation services to patients suffering primarily from neuromuscular diseases.

NPHVA recommends that patients follow a disinfection procedure of their respiratory equipment, based on various research studies and the recommendations of Health Canada. Despite the fact that various studies demonstrate the efficacy of home ventilation, little research has been done on equipment disinfection methods in this area. Moreover, in the few studies listed, the majority refer to the disinfection procedures used in a hospital setting, and not specifically at home. A research of the literature shows that no study exists on the methods of disinfecting respiratory equipment in a home setting.

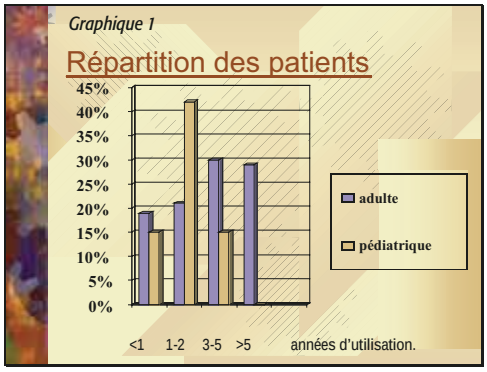
Hypothèse

Certains faits suggèrent que les risques de contamination croisés et l'exposition à des microorganismes pathogènes soient réduits dans un contexte environnemental contrôlé tel que le domicile du patient. Dans un tel environnement, une technique simple, à fréquence régulière, utilisant une solution composée d'eau et de savon, suivie par une solution de trempage d'eau et de vinaigre à concentration précise, devrait suffire à prévenir la prolifération de microorganismes pathogènes. Cette technique devrait normalement être comparable à une technique similaire utilisant une solution de désinfectant commercial utilisée en centre hospitalier. Avec cette hypothèse en tête, nous avons décidé de commencer par un questionnaire qui nous aiderait à quantifier quelle procédure est vraiment employée par les patients, sans égard aux recommandations émises par les centres qui réfèrent les patients dans les programmes spécialisés.

Méthode

À cette fin, un questionnaire fut développé pour évaluer l'observance des patients à la technique de désinfection recommandée par le PNAVD. Plusieurs aspects de la technique de désinfection furent analysés dont, entre autres, la fréquence et la concentration de la solution de trempage. Les objectifs du questionnaire étaient aussi d'évaluer si les patients adhéraient *complètement* ou *partiellement* à la technique. Une lettre assurant les patients que leurs réponses seraient anonymes a été envoyée à tous les patients adultes et pédiatriques inscrits au PNAVD. Le questionnaire comportait des questions sur les points suivants : utilisation d'humidificateur chauffant, filtre à bactérie, type d'eau, type de respirateur, nombre d'heures de ventilation, technique d'entreposage de circuits et pièces auxiliaires, fréquence de nettoyage, fréquence d'infection respiratoire, nécessité d'antibiothérapie et hospitalisation. Des questions additionnelles, concernant la technique de succion, le type d'interface et le vaccin antigrippal furent aussi posées. Le taux de réponse fut de 50 %. Le graphique 1 démontre la répartition démographique obtenue lors de l'envoi du questionnaire.

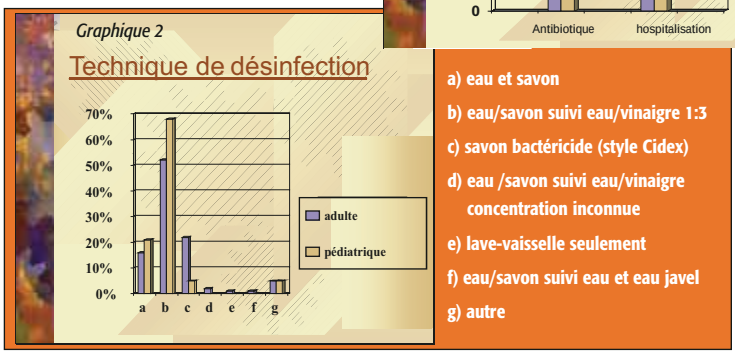
Graphique 1



programme de prévention des infections en

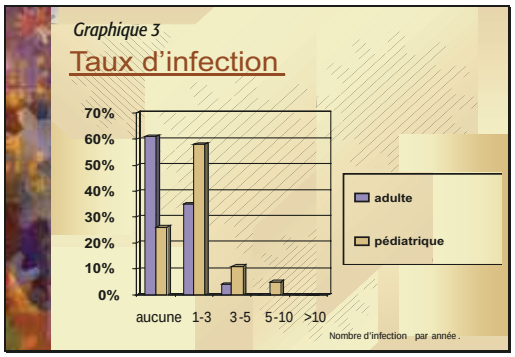
Résultats

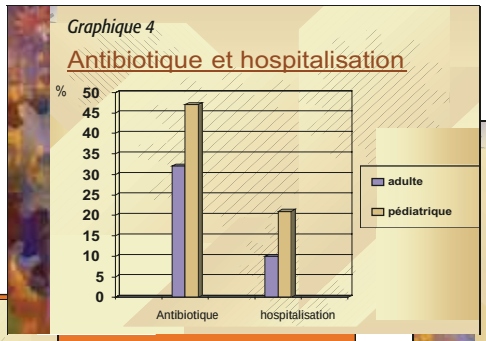
Les résultats ont démontré un taux élevé d'observance à la technique de désinfection recommandée par le PNAVD. En effet, 74 % des adultes et 73 % des enfants disent utiliser l'eau et le savon pour le nettoyage, suivi par le trempage dans une solution d'eau et de vinaigre. Dans les résultats des autres répondants, aucune différence statistique significative n'a été observée entre les patients utilisant la technique comprenant seulement l'eau et le savon, et les patients utilisant la technique eau/savon suivie d'eau/vinaigre. Le graphique 2 illustre les résultats obtenus.

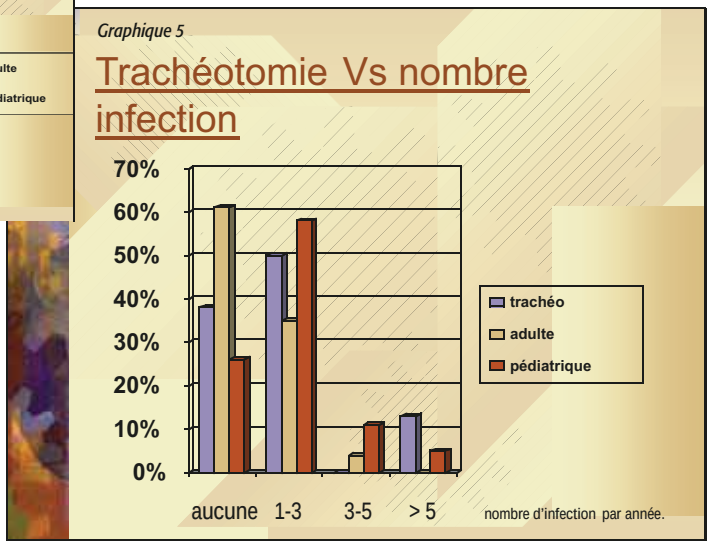


Selon les résultats, nous avons constaté que 70 % des adultes et 63 % de la population pédiatrique suivent les recommandations du PNAVD concernant la fréquence de nettoyage. En ce qui concerne le vaccin antigrippal : 89 % des adultes et 79 % de la population pédiatrique suivent la recommandation du PNAVD. De plus, 96 % des adultes et 84 % de la population pédiatrique ont eu moins de 3 infections respiratoires dans la dernière année. Les résultats complets sont démontrés dans le graphique 3.

L'antibiothérapie a été nécessaire dans 32 % des cas adultes et 47 % des cas pédiatriques. Dans les deux clientèles, nous avons pu observer une moyenne de 2 infections respiratoires dans la dernière année. Une hospitalisation fut nécessaire dans 10 % des cas adultes et 21 % des cas pédiatriques (*cf.* graphique 4).







Lors d'une comparaison non statistique dans le groupe formé de patients trachéotomisés (*cf.* graphique 5), nous avons noté un taux d'infection plus élevé dans ce groupe que dans les 2 autres populations analysées, adulte et pédiatrique (13 % des patients trachéotomisés ont eu plus de 5 infections dans la dernière année *versus* 5 % dans la population pédiatrique et 0 % dans la population adulte.) Nous avons noté aussi une plus grande utilisation d'antibiotique dans ce groupe (62 % patients trachéotomisés *versus* 47 % pédiatrique et 32 % adulte). Comme prévu, le taux d'hospitalisation fut aussi plus élevé (25 % patients trachéotomisés *versus* 10 % adultes et 21 % pédiatriques). Lorsque nous avons comparé la technique d'aspiration des patients trachéotomisés, nous avons pu noter que le taux d'infection entre les patients qui utilisent une technique stérile *versus* une technique propre était semblable. Ceci nous permet de supposer qu'une technique d'aspiration stérile en soins à domicile n'apporte aucun bénéfice significatif aux patients.

Lorsque nous avons effectué une comparaison statistique entre les différentes interfaces utilisées (pièce buccale, masque nasal, facial et trachéotomie), aucune différence significative n'a été observée, suggérant que *l'interface* utilisée avec le respirateur n'influence pas le taux d'infection. Nous avons procédé à la même analyse statistique en ce qui concerne *le type de respirateur* utilisé par le patient, et nous n'avons pas trouvé de différence significative. Ce résultat peut par contre être influencé par le petit nombre de patients se retrouvant dans ce groupe analysé. Une recherche plus poussée devra être faite en ce sens pour éclairer les données.

En conclusion

- Les patients du PNAVD suivent les recommandations en ce qui concerne la technique de désinfection à 74 % chez les adultes et à 73 % chez les enfants.
- Les patients du PNAVD suivent les recommandations en ce qui concerne le vaccin antigrippal.
- Les réponses obtenues par les patients suggèrent un faible taux d'infection, 96 % adulte et 84 % des enfants ont eu moins de 3 infections respiratoires dans la dernière année.
- Comme prévu dans le groupe de patients trachéotomisés, un taux légèrement plus élevé d'infection, d'antibiothérapie et d'hospitalisation a été observé.
- Le taux d'infection est comparable entre la technique d'aspiration stérile et non stérile.
- Comme démontré dans d'autres études, l'utilisation d'humidificateurs chauffants et autres types non chauffants n'influence pas le taux d'infection.
- Il y a beaucoup de variation dans les techniques d'entreposage du matériel et d'aspiration qui doivent être revues avec les patients et leur famille lors des visites de suivi.

De plus amples recherches doivent être effectuées pour clarifier et appuyer les conclusions de ce questionnaire. Une étude contrôlée permettra d'éclairer les zones grises et établir les conditions favorables à un faible risque d'infection. De plus, des études portant sur plusieurs autres avenues et aspects des procédures utilisées en soins à domicile pourraient aider à établir un consensus entre tous les établissements qui prodiguent des soins et services dans ce contexte.

Références disponibles à l'OPIQ sur demande.

finances

Imposez-vous la DISCIPLINE nécessaire à votre portefeuille?

Si les marchés nous ont rappelé une leçon ces dernières années, c'est bien qu'une démarche de placement rigoureuse restera toujours la clé du succès en matière de placement à long terme.
Adopter une démarche de placement rigoureuse signifie comprendre parfaitement son seuil de risque et ses objectifs de rendement, et respecter la répartition de l'actif établie pour son portefeuille.
Malheureusement, il arrive encore trop souvent que les investisseurs abandonnent ce principe éprouvé aussitôt que le marché prend un tournant prononcé à la hausse ou à la baisse.

par Bernard Marin, conseiller en placement ScotiaMcLeod

« C'est différent cette fois »

On dit souvent que ces quelques mots peuvent coûter extrêmement cher aux investisseurs. En effet, les flambées spéculatives du marché boursier ne changent pas les règles fondamentales du monde des affaires. mais le rêve, lui, peut prendre le dessus, pour un certain temps du moins.

Il suffit pour le constater de remonter en 1999 lorsque les investisseurs ont fait grimper le prix des actions américaines à un taux de rendement jamais vu de 26,3 % sur cinq ans. Quelques mois plus tard, ils assistaient impuissants à l'éclatement de la bulle technologique.

En général, les investisseurs qui ont évité les plus grosses pertes ont été ceux qui sont restés fidèles à une démarche de placement rigoureuse.

Trouver l'équilibre

L'une après l'autre, les études démontrent que plus de 90 % de la volatilité globale d'un portefeuille peut être attribuable à la répartition de l'actif. C'est pour cette raison que la conception d'un portefeuille équilibré constitue toujours la première étape d'une démarche de placement rigoureuse.

Cette première étape comprend la définition de votre tolérance au risque et de vos besoins de croissance. À partir de là, vous pouvez répartir en toute connaissance de cause vos éléments d'actif parmi les principales catégories d'actif – liquidités, titres à revenu fixe et actions – et une diversité de marchés internationaux et de styles de gestion de placement.

La seule façon d'éviter les pièges du placement et de faciliter l'atteinte de ses objectifs financiers consiste à rester fidèle à une démarche de placement rigoureuse.

Garder l'équilibre

Trouver l'équilibre pour votre portefeuille est plus facile que de le conserver. Pourquoi? Parce que le rééquilibrage implique que vous devrez parfois vendre un placement extrêmement rentable pour en acheter un autre qui l'est moins. Votre portefeuille est conçu sur la base de votre profil de risque et de rendement et d'une compréhension parfaite des caractéristiques de rendement à long terme d'une variété de catégories d'actif et de styles de placement. Le rééquilibrage consiste simplement à le maintenir sur la voie sur laquelle vos objectifs de placement l'ont à l'origine placé.

Bien sûr, il faut de la discipline pour vendre un placement très rentable qui modifie la répartition de l'actif de son portefeuille, mais c'est cette même discipline qui permet d'éviter plus tard les conséquences malheureuses d'un repli inattendu du marché. Et ce n'est pas là le seul avantage du rééquilibrage. Supposons que votre portefeuille doive contenir en tout temps 20 % de sa valeur en actions internationales mais que le marché produise de mauvais rendements et fasse tomber cette proportion à 10 %; si vous profitez de l'occasion pour acquérir davantage d'actions internationales et ramener leur proportion à 20 %, votre portefeuille sera prêt à bénéficier de toute reprise ultérieure du marché des actions internationales.
Par contre, si aucun rééquilibrage n'est fait, vous pourriez devoir patienter deux fois plus longtemps pour récupérer vos seules pertes. Au bout du compte, c'est le retour à la case départ : la seule façon d'éviter les pièges du placement et de faciliter l'atteinte de ses objectifs financiers consiste à rester fidèle à une démarche de placement rigoureuse.

Un vaccin thérapeutique **anti-dépendance**…
Une OPTION thérapeutique qui aurait du piquant!

par Marise Tétreault, inh.,
Inspecteur permanent – OPIQ

Bien qu'aujourd'hui de nombreux substituts nicotiniques efficaces soient offerts, de nouvelles solutions semblent nécessaires, puisque, malgré la multiplicité de l'arsenal thérapeutique proposée, il y a encore beaucoup trop de fumeurs. De ce fait, de récentes études – ayant mené vers une meilleure compréhension des mécanismes de dépendances aux drogues – ont permis d'entrevoir la possibilité qu'un vaccin, à visée thérapeutique anti-dépendance, puisse voir le jour. Imaginons maintenant qu'un vaccin anti-dépendance à la nicotine soit proposé et qu'il soit utilisé comme nouvelle approche dans l'aide à l'arrêt tabagique. Un rêve… peut-être pas!

La dépendance

Selon une des définitions données, en 2001, par l'Organisation mondiale de la santé, la dépendance (« *addiction* » en anglais) est « une accoutumance physiologique et psychologique à une substance ou une pratique échappant au contrôle volontaire ».

Bien que la dépendance au tabagisme soit complexe et plurifactorielle, la plupart des écrits consultés distinguent principalement deux types de dépendance : la *dépendance physique* (ou physiologique) qui correspond à une réaction de l'organisme en l'absence d'un produit et la *dépendance psychologique* qui a trait aux troubles de l'humeur. Évidemment, ces deux types de dépendance vont éventuellement se côtoyer chez l'individu fumeur.

Toute diminution du taux de nicotine amène une sensation de manque (ou de besoin) suivi de l'apparition de divers malaises (étourdissement, maux de tête, fatigue, faim, troubles de sommeil, manque de concentration…) et d'envies irrésistibles de reprendre une cigarette. Ceci est la dépendance physique et elle est entretenue par la propriété toxicomanogène de la nicotine qui déclenche et entretient le besoin de fumer. La dépendance psychologique, pour sa part, est liée à l'effet de bien être que provoque la nicotine. En effet, à chaque inhalation, la nicotine prend moins de 10 secondes pour se rendre au cerveau et se fixer au récepteur nicotinique. Par la suite, diverses sensations telles que le plaisir et la détente seront ressenties. Ces effets, perçus comme positifs à court terme, incitent le fumeur à reprendre une cigarette. La dépendance psychologique se manifeste donc par le besoin de retrouver *l'effet de bien-être* qu'apporte la nicotine.

Essai prometteur d'un vaccin thérapeutique anti-dépendance

C'est en mai dernier, lors du congrès 2005 de l'American Society of Clinical Oncology (ASCO), que des chercheurs suisses ont présenté les résultats obtenus, dans le cadre d'essai clinique de phase II, d'un vaccin expérimental destiné à lutter contre la dépendance à la nicotine.

Mécanisme d'action du vaccin : Pour arriver à induire la production d'anticorps, des chercheurs ont créé un vaccin combinant la nicotine à une fraction inactive de virus. Une fois identifié comme un intrus dangereux par le système immunitaire, il y a production d'anticorps spécifiques de la nicotine. En théorie, parce que ce nouveau complexe formé de la nicotine et de l'anticorps ne peut franchir la barrière de sang du cerveau en raison de sa taille, la nicotine, ainsi piégée ne peut atteindre le cerveau. De ce fait, il sera possible de réduire, ou même d'éliminer, l'effet de dépendance.

Toute diminution du taux de nicotine amène une sensation de manque (ou de besoin) suivi de l'apparition de divers malaises (étourdissement, maux de tête, fatigue, faim, troubles de sommeil, manque de concentration…) et d'envies irrésistibles de reprendre une cigarette. Ceci est la dépendance physique et elle est entretenue par la propriété toxicomanogène de la nicotine qui déclenche et entretient le besoin de fumer.

Essai clinique de phase II : Notons, tout d'abord, que dans une première étape (phase I), la capacité d'un vaccin à induire la production d'anticorps, spécifiques de la nicotine, a été testée chez 40 volontaires non-fumeurs et que la demi-vie des anticorps a été estimée à plus de 50 jours.

Conséquemment, dans le cadre de l'essai clinique de phase II, l'étude multicentrique, répartie au hasard et réalisée à double insu avec un contrôle placebo, avait pour intention de démontrer l'efficacité du vaccin, d'évaluer sa tolérance ainsi que son innocuité. Au total, 341 individus sains (hommes et femmes), fumeurs, âgés de 18 à 70 ans, qui ont fumé entre 10 et 40 cigarettes par jour durant au moins 3 ans et qui étaient motivés à arrêter de fumer ont été recrutés.

Déroulement de l'étude (*cf.* figure 1)

- Deux tiers des individus ont reçu le vaccin (n=229), alors qu'un tiers a reçu un placebo (n=112).
- Tous ont reçu 5 injections du vaccin ou du placebo à intervalles mensuels réguliers.

- Chaque individu a reçu des conseils professionnels sur l'arrêt tabagique et ce, à chaque visite pendant 3 mois.
- Un mois après leur première injection, les individus ont été invités à faire un essai sérieux de cessation tabagique.

Analyse des résultats (*cf.* figure 2)

- Sur les 341 fumeurs participant à cette étude, tous ceux pour lesquels des mesures d'anticorps complètes ont pu être obtenues et qui se sont abstenus d'utiliser des substituts thérapeutiques de la nicotine, ont été inclus dans l'analyse de l'efficacité (n=239).
- Aucun niveau d'anticorps n'a été décelé dans le sang des individus du groupe placebo.
- Tous les individus vaccinés ont produit des anticorps. De ce fait, le taux de réaction immunologique est de 100 %. Toutefois, tous n'ont pas produit d'anticorps dans les mêmes proportions et une analyse avec intention de traiter l'ensemble des participants de l'étude n'a pas donné lieu à un résultat statistiquement significatif. 40 % (64/159) des individus vaccinés ont cessé toute consommation de tabac pendant au moins six mois.
- Par conséquent, une analyse par sous-groupe a été réalisée, basée sur les niveaux d'anticorps. Les fumeurs vaccinés ont été segmentés en trois groupes avec des taux d'anticorps croissants (taux de réponse faible, moyen et élevé). Les données montrent qu'un tiers des individus vaccinés aurait bien répondu au vaccin. En effet, dans ce groupe (taux de réponse élevé), le taux d'abstinence a été de 57 %. Pour les deux tiers restants, le taux d'abstinence a été de 32 %, soit pratiquement le même que dans le groupe placebo.
- Les résultats ont démontré un effet de dose entre le niveau d'anticorps produits contre la nicotine (mécanisme d'action du vaccin) et l'effet clinique désiré (renoncement de fumer de façon continue) et cela indépendamment de la réponse élevée observée *de façon inattendue* dans le groupe placebo (31 % d'arrêt).
- Par ailleurs, ces résultats démontrent également qu'il est possible d'utiliser le mécanisme de défense du corps humain, le système immunitaire, pour moduler des conditions aussi complexes que la dépendance.

Conclusion

Puisque la fumée du tabac contient des milliers de substances, la nicotine n'est peut être pas la seule et unique responsable de l'installation et/ou du maintien de la dépendance tabagique. Néanmoins, si un vaccin était bientôt capable d'enlever toute dépendance, les possibilités seraient immenses : cocaïne, tabac, alcool, café…

Les chercheurs sont probablement près du but. Puisqu'un laboratoire suisse est à l'étude d'un tel vaccin, nous pouvons supposer qu'il n'est probablement pas seul à travailler sur ce projet, car un marché pharmaceutique aux dimensions potentiellement énorme en découlera.

Par ailleurs, les essais cliniques ne sont pas terminés et il faudra probablement plusieurs années de recherche avant qu'un tel vaccin soit offert à grande échelle. En attendant, nous devons réfléchir sur toute la portée d'un tel outil thérapeutique. En effet, s'il est possible de penser qu'une fois vaccinés, les adolescents éviteront toute dépendance tabagique, il ne faut certes pas oublier qu'au-delà des croyances et de la volonté médicale, ce vaccin anti-dépendance soulèvera des questions éthiques très précises par exemple : *un parent peut-il faire vacciner son adolescent sans le consentement de ce dernier ? Est-ce que des groupes à risque seront définis ? Est-ce que des individus devront être obligatoirement vaccinés ?*

Enfin, en cherchant les réponses et en attendant qu'une compagnie pharmaceutique apporte un tel produit thérapeutique sur le marché, il faut demeurer aussi réaliste que rêveur, car les puissantes compagnies de tabac ont probablement intérêt à ce qu'un vaccin anti-dépendance tabagique ne voie pas le jour ou, pire encore, elles peuvent tenter, par *un matin très nuageux,* de s'en approprier les droits.

FIGURE 1

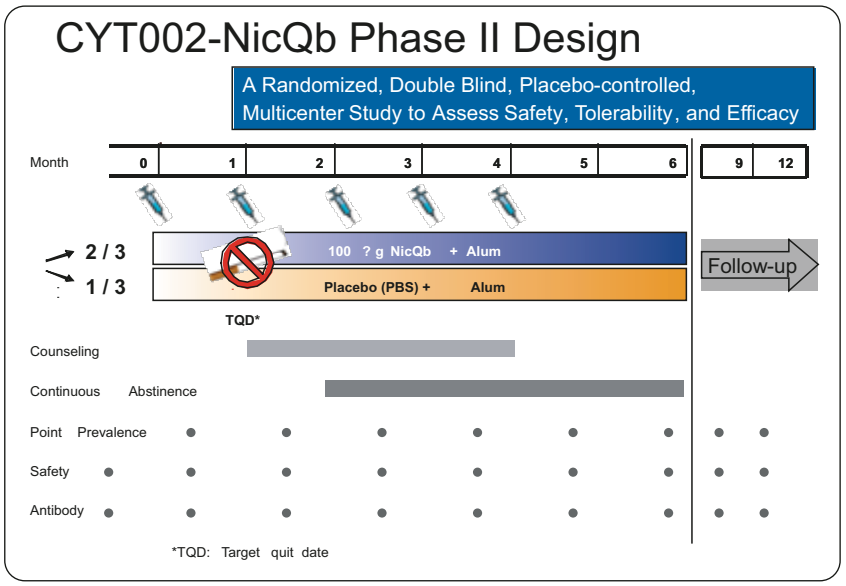
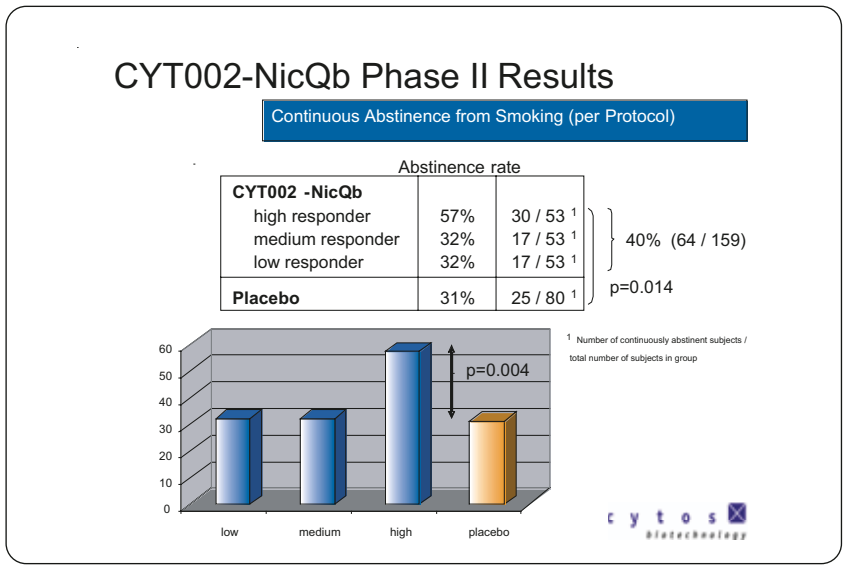


FIGURE 2



Note de l'auteur : Toutes les informations concernant cette étude de phase II du vaccin CYT002-NicQb, ont été obtenues directement du site Internet de la Société Cytos Biotechnology AG à l'adresse : www.smokersvaccine.com. En cas de disparité entre ces informations et celles de la Société Cytos Biotechnology AG, cette dernière aura priorité. Les figures 1 et 2 sont reproduites avec l'autorisation de Cytos Biotechnology AG.

Références disponibles à l'OPIQ sur demande.

Questionnaire détachable

pour la formation continue

La section du bas devra nous être retournée avec un chèque de 10 $ émis à l'OPIQ pour l'obtention d'une heure de formation continue qui sera inscrite à votre dossier. Veuillez noter que vous devez obtenir une note de 90 % pour la reconnaissance de cette heure de formation.

QUESTIONS RELATIVES AU TEXTE DE Mme CLAIRE LAROUCHE, *MISE À JOUR SUR LE TABAGISME.*

1. Combien de Canadiens meurent chaque année des suites d'une maladie liée au tabagisme ?
a) 47 500 personnes.
b) 27 400 personnes.
c) 4 000 personnes.
d) 4 500 personnes.

2. Le tabagisme juvénile est en hausse depuis 1999 au pays VRAI ou FAUX ?

3. En quoi la consommation de marijuana est-elle aussi dangereuse que la cigarette ordinaire ?
a) Le risque d'accoutumance des utilisateurs.
b) Les consommateurs fument habituellement moins.
c) Les utilisateurs prennent des inhalations prolongées de la fumée.
d) La marijuana contient moins de goudron que la cigarette standard.

4. Combien de non-fumeurs meurent d'un cancer chaque année ?
a) 4 000 Canadiens.
b) 3 000 Canadiens.
c) 400 Canadiens.
d) 300 Canadiens.

5. Quel produit du tabac occasionne le cancer de la cavité buccale, de la gorge, du larynx, du col de l'utérus, du pancréas, de l'œsophage, du côlon, du rectum, du rein et de la vessie ?
a) Le tabac à priser.
b) La cigarette.
c) La marijuana.
d) Le cigare.

6. Les femmes adultes fument autant que les hommes VRAI OU FAUX ?

7. Pourquoi la fumée secondaire est-elle plus nocive que la fumée principale que le fumeur inhale ?
a) Parce qu'elle se consume rapidement et libère de la fumée nocive.
b) Parce qu'elle contient 2 fois plus de goudron et 5 fois plus de monoxyde de carbone.
c) Elle peut occasionner des allergies.
d) Parce que le non-fumeur inhale de la fumée de façon prolongée.

8. Il n'y a aucun risque à fumer le cigare car les utilisateurs n'ont pas tendance à inhaler la fumée VRAI OU FAUX ?

9. En plus du cancer, quelle autre maladie peut entraîner le tabagisme ?
a) L'otite moyenne.
b) L'hypertension et les maladies cardiovasculaires.
c) Le diabète.
d) Insuffisance rénale.

10. En quoi l'inhalothérapeute peut-il aider la population dans l'arrêt tabagique ?
a) En donnant l'exemple et en cessant de fumer.
b) En apportant des traitements aux pathologies respiratoires.
c) En donnant de l'information et en guidant vers les centres d'arrêt tabagique.
d) En favorisant le libre choix des jeunes quant à leur goût de fumer.

Détachez et postez à l'adresse ci-dessous avant le 1er mars 2006.

Nom :_____
Prénom :_____
Numéro de membre :_____
Adresse :_____

Signature :_____

Retournez cette section avec votre paiement par la poste à :
Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec
1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 320
Montréal (Québec) H3G 1R8

Réponses :

1-a ☐	b ☐	c ☐	d ☐	
2-V ☐	F ☐			
3-a ☐	b ☐	c ☐	d ☐	
4-a ☐	b ☐	c ☐	d ☐	
5-a ☐	b ☐	c ☐	d ☐	
6-V ☐	F ☐			
7-a ☐	b ☐	c ☐	d ☐	
8-V ☐	F ☐			
9-a ☐	b ☐	c ☐	d ☐	
10-a ☐	b ☐	c ☐	d ☐	

QUESTIONS RELATIVES AU TEXTE DE MME CLAIRE LAROUCHE, MISE À JOUR SUR LE TABAGISME.

L'Ordre vous y représentait !

- **Symposium sur la loi 90 « L'utilisation optimale des compétences : un choix gagnant ! », Association québécoise d'établissements de santé et des services sociaux. Madame Josée Prud'Homme y a participé comme conférencière.**
- **Rencontre avec le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Philippe Couillard, le 1er décembre 2005.**
- **Assemblée générale de l'Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire.**
- **Rencontre des membres du colloque sur l'interdisciplinarité.**
- **Rencontre du Conseil interprofessionnel du Québec (présidents, directeurs généraux).**
- **Forum des syndics au CIQ.**
- **Rencontre du comité restreint des syndics sur le projet de loi 86.**
- **Comité d'analyse de la législation par le comité restreint des syndics.**
- **Forum des directeurs de l'inspection professionnelle du CIQ.**
- **Rencontre du comité des directeurs de l'inspection professionnelle du CIQ.**
- **Conférence de presse de l'Association pulmonaire du Québec.**
- **Réunion du comité restreint du Forum des secrétaires de comité de discipline.**

ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL

BM enr.

Perfectionnement en milieu hospitalier

Nous pouvons vous aider à maintenir vos connaissances à jour.

Nous offrons une formation sur mesure, selon vos besoins particuliers, dans votre propre milieu de travail. Vous minimiserez ainsi les coûts de déplacement et les pertes de temps.

Nous traitons des sujets variés, par exemple :

- l'hémodynamie,
- l'hyperthermie maligne,
- les techniques de maintenance de l'*airway* (cours reconnu par l'OPIQ).

N'hésitez pas à nous joindre pour tout projet de formation qui pourrait vous intéresser.

Brigitte Morin
Inhalothérapeute
Bac en enseignement professionnel
Tél. : (418) 824-3430
morin.brigitte@videotron.ca

Semaine québécoise pour un avenir sans tabac 2006

Faire un monde sans fumée, pour profiter du meilleur !

La *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac*, qui se déroulera du **15 au 21 janvier 2006**, abordera le thème de la fumée secondaire, en mettant l'accent sur les avantages de ne pas *être exposé*, ou de ne pas *exposer* son entourage, à cette fumée dangereuse pour la santé. Le slogan « Faire un monde sans fumée ! » attire l'attention sur ces avantages et invite aussi à l'action.

La *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac* donne lieu à une vaste mobilisation de près de 200 partenaires (cégeps, universités, ministères, organismes gouvernementaux, entreprises, bibliothèques municipales, médias, etc.), qui tiennent des activités de sensibilisation dans toutes les régions du Québec.

Cette campagne de sensibilisation est coordonnée par le Conseil québécois sur le tabac et la santé, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, ainsi qu'une douzaine d'organismes voués à la santé (ordres professionnels, organismes sans but lucratif, etc.).

Vous êtes invités à participer en grand nombre à cet événement et à tenir une activité de sensibilisation antitabac dans vos centres respectifs. Pour plus d'informations, consulter le site www.cqts.qc.ca

Alertes médicales inhalo

AVIS DE RETRAIT D'UN MÉDICAMENT

Marque de commerce/Trade Name

Oxygen USP

Firme effectuant le retrait/Recalling Firm

VitalAire Canada Inc.

Plaza 2

2000 Argentia Road

Mississauga, Ontario

L5N 1V8

Date d'affichage du retrait/Recall Posting Date : 2005-10-17

Date de début du retrait/Recall Start Date : 2005-08-22

DIN, NPN, DIN-HM

02238755

Classification du risque/Hazard Classification

Type III

Forme posologique/Dosage Form

Gaz/ Gas

Concentration/Strength

99%

Numéro de lot/Lot Number

AAA054001NN

AAA050816NN

Détenteur d'autorisation de mise en marché/ Marketing Authorization Holder

VitalAire Canada Inc.

Plaza 2

2000 Argentia Road

Mississauga, Ontario L5N 1V8

Raison du retrait/Reason for Recall

L'entreprise a signalé que les cylindres de gaz médical peuvent contenir de petites quantités de matières étrangères (boulettes de fer) pouvant se loger dans le siège de clapet du cylindre. / The company has advised that medical gas cylinders may contain small amounts of extraneous matter (metal iron pellets) which may become lodged in the valve seat of the cylinder.

Étendue du retrait – Distribution/Depth of Recall - Distribution

Les cylindres ont été distribués à l'échelle nationale dans des hôpitaux, des établissements et des cabinets de médecin de chaque région provinciale desservie par ces usines de remplissage, y compris les succursales régionales de VitalAire. / Distributed nationally to area hospitals, institutions, and doctor's offices in each provincial region serviced by these fill plants, including regional Vital Aire branches.

Source : Listes de retrait de marché des médicaments, Santé Canada, décembre 2005 © Reproduit avec la permission du Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2005.

AVIS DE RETRAIT D'UN PRODUIT

Marque de commerce/Trade Name

Suction Regulator and Accessories

Fabricant/Manufacturer

Boehringer Laboratories, Inc.

Date d'affichage du retrait/Recall Posting Date

2005-10-03

Date de début du retrait/Recall Start Date

2005-07-26

Numéro du retrait/Recall Number

28765

Classification du risque/Hazard Classification

Type III

Numéro de modèle ou de catalogue/ Model or Catalog #

3704, 3704D3, 3714

Numéro de série ou de lot/Lot or Serial #

05F, 05G

Raison du retrait/Reason for Recall

Le régulateur d'aspiration comporte une valve visant à mettre en marche et à éteindre l'appareil. Dans les lots concernés, l'assemblage de certaines valves comporte une défectuosité empêchant la valve d'éteindre complètement l'appareil. / The suction regulator incorporates a valve for turning the regulator on and off. There is a condition in a percentage of the valve assembles of the affected lots that prevents complete shut off of the valve.

Source: Listes de retrait de marché des instruments médicaux, Santé Canada, décembre 2005 © Reproduit avec la permission du Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2005.

RENSEIGNEMENTS EN MATIÈRE D'INNOCUITÉ CONCERNANT UNE CLASSE DE MÉDICAMENTS CONTRE L'ASTHME, LES ß2 – AGONISTES À LONGUE DURÉE D'ACTION.

Le 4 octobre 2005 - OTTAWA - Santé Canada désire informer les Canadiens de la possibilité d'un risque accru de décès lié à l'asthme lors de l'utilisation d'une classe de médicaments contre l'asthme, à savoir les ß2-agonistes à longue durée d'action. Santé Canada tient également à rappeler aux Canadiens les usages recommandés de ce type de médicaments.

Les médicaments en question sont le salmétérol, vendu sous le nom de marque Serevent, le formotérol, vendu sous le nom Foradil et Oxeze, de même que deux associations médicamenteuses contenant du salmétérol ou du formotérol en plus d'un corticostéroïde en inhalation. L'association médicamenteuse contenant du salmétérol est vendue sous le nom d'Advair, alors que le produit à base de formotérol est vendu sous le nom de Symbicort.

Le présent avis fait suite à une analyse par Santé Canada des résultats d'un essai sur l'asthme effectué par GlaxoSmithKline et appelé Salmeterol Multi-center Asthma Research Trial, ou SMART. L'étude SMART a été entreprise en 1996 à la demande de la Food and Drug Administration (FDA) des É.-U., afin de répondre aux préoccupations croissantes en matière d'innocuité entourant la prise régulière sur une longue période du salmétérol pour traiter l'asthme. L'étude portant sur environ 30 000 patients a été interrompue prématurément en janvier 2003 après qu'une analyse intérimaire eut évoqué une augmentation du risque de décès lié à l'asthme chez les patients prenant le médicament Serevent (par rapport à un placebo) en plus de leur traitement habituel contre l'asthme. En juillet 2005, un comité consultatif de la FDA, qui examinait l'innocuité des médicaments contre l'asthme, s'est penché sur les données de l'étude SMART. Il a voté unanimement pour que cette classe de médicaments demeure sur le marché.

Bien qu'elle ne soit pas concluante, l'étude SMART semble indiquer que les risques peuvent être plus élevés chez les patients afro-américains et chez ceux qui n'étaient pas traités à l'aide de corticostéroïdes en inhalation au début de l'étude. Les corticostéroïdes sont une famille de médicaments anti-inflammatoires utilisés dans le traitement de l'asthme. Ils sont le plus souvent employés sous forme de poudre inhalée directement ou peuvent être administrés par voie orale dans les cas les plus sévères.

En juillet, Santé Canada a surveillé les travaux du comité consultatif de la FDA, selon lequel l'augmentation des risques associés au salmétérol peut également s'appliquer à d'autres ß2-agonistes à longue durée d'action tels que le formotérol, bien qu'on ne dispose pas encore de données pour confirmer cette possibilité.

Santé Canada formule les recommandations suivantes :

- Le salmétérol et le formotérol ne peuvent être utilisés qu'avec une dose appropriée de corticostéroïdes en inhalation tel que recommandé par un médecin;
- Les ß2-agonistes à longue durée d'action ne remplacent pas les corticostéroïdes administrés par inhalation ou par voie orale;
- Serevent, Foradil ou Advair ne devraient jamais être utilisés pour traiter les symptômes et crises d'asthme soudains et aigus;
- Symbicort n'est pas indiqué pour le traitement de symptômes et de crises d'asthme soudains;
- Oxeze peut être utilisé pour traiter des symptômes aigus ou soudains d'asthme chez les patients de 12 ans et plus;
- Il est recommandé de consulter un médecin si les médicaments contre l'asthme commencent à être moins efficaces ou si les patients ont besoin d'un plus grand nombre d'inhalations que normalement;
- Les patients ne doivent pas interrompre ou réduire leur traitement contre l'asthme sans consulter tout d'abord leur médecin prescripteur. L'arrêt brusque du médicament peut entraîner une détérioration du contrôle de l'asthme et mettre ainsi la vie du patient en danger;
- Les patients asthmatiques qui ont des questions au sujet de leur prescription ou leur traitement actuels devraient communiquer directement avec leur médecin ou leur pharmacien.

L'information posologique pour Serevent et Advair a été mise à jour. Santé Canada a entrepris un examen continu de ces produits et examine actuellement les données sur l'innocuité d'autres ß2-agonistes à longue durée d'action. D'autres mesures pourraient être prises, au besoin.

Santé Canada a demandé aux fabricants de ces médicaments d'informer les médecins des résultats de l'étude SMART et des conclusions de la réunion du comité consultatif de la FDA. Le comité de la FDA n'a passé en revue que les données liées à Serevent (salmétérol) et Foradil (formotérol).

Les ß2-agonistes à longue durée d'action sont couramment prescrits pour prévenir les symptômes de l'asthme tels que la respiration sifflante, l'essoufflement et la toux. Serevent et Advair sont fabriqués par GlaxoSmithKline. Foradil est produit par Novartis, et Oxeze et Symbicort, par AstraZeneca.

Afin de pouvoir gérer les effets indésirables des produits de santé commercialisés, Santé Canada compte sur les professionnels de la santé pour lui signaler ces incidents. Les taux de déclaration calculés à partir des effets indésirables signalés après la commercialisation par les patients sont considérés généralement comme des sous-estimations des risques associés aux traitements médicamenteux.

Source: Avis : renseignements en matière d'innocuité concernant une classe de médicaments contre l'asthme, Santé Canada, décembre 2005 © Reproduit avec la permission du Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2005.

Merci à nos partenaires

Congrès 2005

Depuis 20 ans,
une profession
depuis toujours...
une passion

Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec
OPIQ

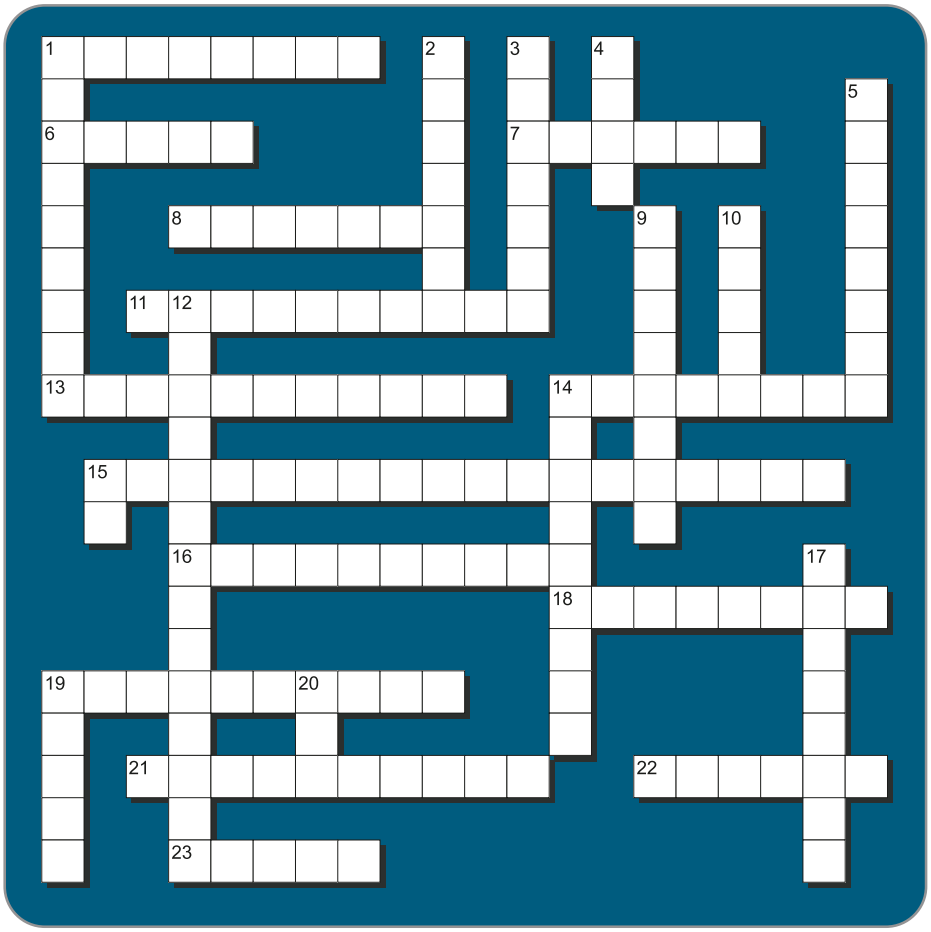
APNAIR
Association Pulmonaire du Québec
AstraZeneca Canada Inc.
Benson Medical
Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée / Pfizer Canada Inc.
Brathwaites Olivier Medical Inc.
Cardinal Health
CHUM
CSSS Pierre-Boucher
Dräger Medical Canada
Fisher& Paykel Healthcare Inc.
GE Santé
Genair Pro
GlaxoSmithKline
Grass-Telefactor Inc
Invacare Canada
La Capitale assurances générales Inc.
Maquet / Dynamed
Medigas
Medtronic
Merck Frost Canada
Ministère de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation du Québec (MAPAQ)
Nova Biomédical Canada Ltd
OSR Médical Inc.
Organon
OXYMED
Quadromed Inc.
Québec Transplant
Radiometer Canada
Réseau canadien de la santé
Resmed
Respironics Inc.
Roxon Médi-Tech Ltée
Smiths Medical Canada Ltd
Southmedic Inc.
Spécialités d'hôpitaux canadiens Ltée
Stellate Systems
Summit Technologies Inc.
Sunrise Medical Canada Inc.
Technologies ProMed
Trudell Médical Marketing Ltée
Tyco Médical Canada Inc.
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
Vitaid Ltd
VitalAire Santé

mots entrecroisés

Le tabac

Élaine Paré, inh., M. Sc. Éd.
Enseignante
Techniques d'inhalothérapie
Cégep de Sherbrooke

Le tabac est malheureusement encore la cause de bien des problèmes de santé. À toutes celles et ceux impliqués à titre de personnes ressources dans les différents programmes de cessation tabagique je dis : « Continuez ce beau travail des plus utiles! ». Cet entrecroisé vous est dédié. Bonne chance !



Horizontalement

1. Alcaloïde du tabac.
6. Nom populaire pour désigner une cigarette en France.
7. Il induirait une production d'anticorps spécifiques de la nicotine. Les essais cliniques ne sont pas terminés.
8. L'un des mois où il est le plus facile d'arrêter de fumer (l'autre est le mois de mars). C'est le mois des résolutions.
11. Accoutumance physiologique et psychologique à une substance ou une pratique échappant au contrôle volontaire.
13. Morphiniques endogènes de longue durée d'action. La nicotine stimule leur production.
14. Métabolite de la nicotine excrété dans l'urine.
15. Type d'hémoglobine dont la concentration est souvent plus élevée chez le fumeur.
16. Thérapie de remplacement de la nicotine qui rompt l'habitude de porter la main à la bouche.
18. Chaîne de restaurants spécialisés dans les délicieux petits-déjeuners qui est devenue « sans fumée » l'été dernier.
19. Nom du test utilisé afin d'évaluer le niveau de dépendance au tabac.
21. Se dit de la fumée qui s'échappe de la cigarette lorsque cette dernière brûle sans être aspirée.
22. Effet secondaire de la Nicorette si elle est mâchée trop rapidement.
23. Seul produit vendu légalement au Canada pouvant entraîner la mort.

Verticalement

1. Gomme à mâcher contenant de la nicotine utilisée comme aide au sevrage tabagique.
2. Substance sombre et visqueuse, obtenue par distillation de divers produits.
3. Action de priver un individu d'une substance dont il est dépendant.
4. Maladies pulmonaires chroniques principalement dues au tabagisme.
5. Acide aminé libéré grâce à la nicotine et qui procure une sensation d'assouvissement d'un besoin vital.
9. Timbre dermique de nicotine, mais aussi un programme de cessation tabagique offert par la compagnie pharmaceutique Novartis.
10. Nom commercial d'un antidépresseur prescrit afin d'aider au sevrage tabagique.
12. Symptôme de sevrage s'estompant habituellement après 2 jours.
14. Cylindre de tabac haché.
15. Monoxyde de carbone.
17. Nom commercial d'un timbre dermique de nicotine.
19. Produit en suspension dans les airs qui se dégage de substances en combustion.
20. Thérapie de remplacement de la nicotine.

Références pour l'entrecroisé de décembre
- http://www.jarrete.qc.ca/
- http://www.nicopatch.com/
- Tremblay M. et coll. « La pharmacothérapie à la rescousse de la dépendance du tabac », *l'inhalo,* Vol. 22, N° 4, décembre 2005, p. 10.
- Info-Tabac, n° 59, septembre 2005, p. 16.
- Tétreault M. « Un vaccin thérapeutique anti-dépendance... Une option thérapeutique qui aurait du piquant! », *l'inhalo,* Vol. 22, N° 4, décembre 2005, p. 21.
- Larouche C. « Mise à jour sur le tabagisme », *l'inhalo,* Vol. 22, N° 4, décembre 2005, p. 8.
- Similowski, Muir et Derenne. *Les broncho-pneumopathies chroniques obstructives*, John Libbey Eurotext, Paris, 1999, 238 pages.
- Garnier et Delamarre. *Dictionnaire des termes de médecine*, Paris, Maloine, 26e édition, 991 pages.
- Dictionnaire Le Petit Robert.

Commentaires : pareel@collegesherbrooke.qc.ca

babillard

formation continue

- **Les répercussions cardiopulmonaires associées aux maladies restrictives.** Montréal, le 2 février 2006. Retransmission par visio-conférence. Les régions où elle sera disponible vous seront communiquées lors du rappel de formation.
- **La tenue de dossier : volet clinique.** Montréal, le 18 février 2006 ; Outaouais, le 1er avril 2006; Québec, le 13 mai 2006; Alma, le 27 mai 2006.
- **Assistance anesthésique lors d'urgences obstétricales.** Québec, le 14 mars 2006; Sherbrooke, le 24 mars 2006; Montréal, le 6 avril 2006.

Pour plus de détails, consultez votre programme annuel de formation continue ou le site de l'Ordre, menu « Activités».

tyco Healthcare Formation Médicale Continue

Grâce au partenariat de l'OPIQ et Tyco Médical pour la Formation Médicale Continue (FMC) en ligne lancé lors du 33e congrès annuel qui s'est tenu au Loews Le Concorde à Québec, les 4 et 5 novembre 2005, des cours destinés aux inhalothérapeutes sont maintenant accessibles sur www.tycoeducation.cmecentral.ca

IMPORTANT

Le document sur la ponction artérielle édité par l'OPIQ est disponible au coût de 12 $ plus taxes. Pour commander, contacter Mme Béatrice Janevski au 514-931-2900 poste 21 ou accueil@opiq.qc.ca

Une malencontreuse erreur a fait omettre dans l'entrecroisé (p. 31) de notre précédente édition les trois définitions verticales suivantes :

22. Elle se porte au nez afin de fournir de l'oxygène.
23. Il peut aussi être appelé « tuteur de voies respiratoires supérieures ».
25. Nom de l'échelle de mesure de fatigue en fonction de l'effort.

Nous prions notre collègue et conceptrice Élaine Paré ainsi que tous nos lecteurs – cruciverbistes passionnés et amateurs de sport cérébral qui, déçus, n'ont pu compléter cette grille – de bien vouloir accepter les sincères excuses de la rédaction.

Avis

Membres radiés pour non-paiement de la cotisation
Madame HeatherGrace Gillean nº 02–002
Madame Guylaine Leboeuf nº 81–094

Retraite
M. Yvon Matte nº 77–119

Thèmes et dates de tombée

- **Tenue de dossiers : mode d'emploi. 1er janvier 2006**

Vous souhaitez écrire dans l'*inhalo* ? Vous avez des suggestions de sujets d'articles ou de thèmes que vous voudriez voir traités ? N'hésitez pas à contacter la coordonnatrice aux affaires professionnelles au 514-931-2900, poste 30 ou encore par courriel à l'adresse suivante : coordonnateur-affpro@opiq.qc.ca

Le Défi J'arrête, j'y gagne ! est de retour

Les personnes qui veulent se libérer du tabac seront heureuses d'apprendre que le « Défi J'arrête, j'y gagne ! » est de retour en 2006.

Avec le soutien d'un parrain ou d'une marraine de leur choix, les participants *écrasent* à la date qui leur convient à compter du 1er janvier 2006 et ils s'engagent à ne pas fumer au moins pendant les six semaines officielles, du 1er mars au 11 avril 2006. De nombreux moyens sont déployés pour les épauler et plus de 30 000 $ de prix viendront souligner leurs efforts ainsi que ceux des parrains et des marraines.

Le volet pour tous : Objectif Famille sans fumée
Tout le monde est invité à participer au volet « Objectif Famille sans fumée » et à déclarer sa maison et son auto « zones sans fumée », au moins pendant les six semaines du Défi. Des prix sont aussi à gagner dans ce volet.

Pour s'inscrire
On s'inscrit au Défi ou au volet Objectif Famille sans fumée du 14 décembre 2005 au 28 février 2006 en se rendant sur le www.defitabac.ca ou encore en se procurant un bulletin d'inscription dans une pharmacie Jean Coutu, dans un Centre d'abandon du tabagisme, à la bibliothèque publique de sa localité et dans certains hebdomadaires locaux. Votre employeur recevra bientôt bons de commande et échantillons du matériel promotionnel gratuit mis à votre disposition pour promouvoir le Défi dans votre milieu. Vous pouvez commander gratuitement du matériel promotionnel au www.defitabac.ca

Pour plus d'informations sur le Défi, composez le numéro de téléphone J'ARRÊTE : 1-888-853-6666.

Afin de célébrer le 20e anniversaire de notre reconnaissance professionnelle par l'Office des professions, nous avons fait faire des porte-clés à l'effigie de l'OPIQ. Ils sont en vente au coût de 12 $. On peut les commander par téléphone au 514-931-2900, poste 21 ou par courriel à l'adresse suivante : accueil@opiq.qc.ca.

info-internet

www.santepub-mtl.qc.ca/tabagie

Un site de la Direction de la santé publique de Montréal, où vous retrouverez de la documentation et des statistiques, de l'aide et des services pour vos patients désireux de cesser de fumer, sans oublier de la littérature médicale.

www.ncth.ca/NCTH_new.nsf

Anciennement connu sous le nom de Conseil canadien sur le tabagisme et la santé, le Conseil canadien pour le contrôle du tabac (CCCT) a été fondé en 1974. Il a pour but d'assurer le transfert des connaissances ainsi que le développement des aptitudes des intervenants et des groupes qui luttent contre le tabagisme, afin d'augmenter l'efficacité de leur action.

www.cqts.qc.ca/

Le Conseil québécois sur le tabac et la santé a pour mission de *mobiliser les intervenants québécois autour de l'objectif global de réduction de la consommation des produits du tabac, en situant ses interventions dans le cadre d'une approche en promotion de la santé et en prévention.*

calendrier des événements

- Semaine nationale sans fumée, du 15 au 21 janvier 2006.
- 7e colloque interdisciplinaire sur les maladies neuromusculaires et sur la sclérose latérale amyotrophique, les 20 et 21 avril 2006.
- Semaine de l'inhalothérapeute, du 1er au 7 octobre 2006.

Concours OPIQ
« Congrès gratuit » du Congrès 2005

Mme Linda Chicoine (nº 92–006), qui travaille au CLSC de Châteauguay, a remporté le concours et gagne ainsi une inscription gratuite au Congrès 2006 de l'OPIQ.

La 10e édition du Salon Éducation Formation Carrière s'est tenue à Montréal les 12, 13, 14 et 15 octobre 2005. Sur invitation du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'OPIQ y tenait un kiosque afin de promouvoir la profession auprès d'étudiants en processus de *choix de carrière* et d'adultes en *réorientation professionnelle*. Le Salon de Montréal permet de joindre environ 35 000 personnes dont 20 000 étudiants du secondaire.

L'OPIQ tient à souligner l'implication des inhalothérapeutes qui ont donné quelques heures de leur temps et les remercie chaleureusement pour leur dynamisme et leur enthousiasme : Chantal Aubry, Dominique Brault, Audrey Gero, Joële Larivière, Nancy Leclerc, Margaret Moon, Diane Soulière, Marise Tétreault, Steve White.

Nous remercions aussi Valérie Martineau, étudiante de deuxième année du Collège de Rosemont.

L'OPIQ remercie également tous ses partenaires :

AstraZeneca et Mme Susan Carinci;
Collège de Rosemont et Mme Pierrette Morin;
CHUM et Mmes Colette Vadeboncœur et Hélène Boucher;
Hôpital de Verdun et Mme Marie-Claude Genest;
GE Santé et M. Marc-André Deslippe;
Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles;
Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
Grand merci à tous !

Line Prévost, inh.
Coordonnatrice aux affaires professionnelles

Devinette

AUTEUR : Patrick Chamoun, inh.,
Hôpital Général Juif, Sir Mortimer B. Davis

Elle est si petite que certaines fois on ne la voit pas.
Elle est si grande que par moments, on n'arrête pas
De penser à Elle.

Des fois, on est prêt à s'arracher les yeux pour l'avoir,
Des fois, on est prêt à payer les yeux de la tête pour s'en débarrasser.
Elle est trop attachante, comme une gomme à mâcher collée à la mâchoire.
Elle est trop innocente, comme un vrai conte de fées.

Ma première rencontre avec elle fut catastrophique,
Mais le sentiment qu'elle me donnait fut magnifique.
Tu m'as tellement trompé tant de fois
Que je ne voulais plus te voir, TOI!

Avec le temps, j'ai compris que nous ne sommes pas fait l'un pour l'autre.
Et ne plus te voir fut ma décision définitive.
Avec le temps, je pensais pouvoir t'oublier;
Et ce fut le cas dans mes actions, et non dans mes pensées.

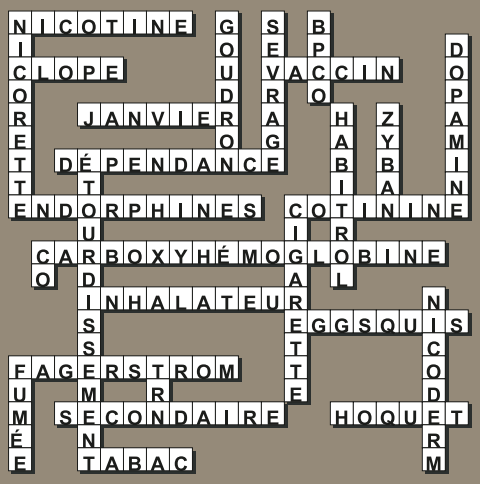
J'espère que tu sortiras de ma vie définitivement,
Parce que moi, je n'ai plus de sentiments pour toi.
J'espère que tu comprendras que ce n'est pas que de TA faute,
Car tout le problème vient de MOI…

Il ne me reste qu'un seul vœu,
Qu'une seule question.
Il ne reste que MOI,
Il ne reste que VOUS.

Qui suis-je ?

Réponse : une cigarette

SOLUTION :
LE TABAC



PSYMBICORT®

budésonide/fumarate de formotérol dihydraté

CLASSE THÉRAPEUTIQUE

Corticostéroïde et bronchodilatateur pour inhalation

SYMBICORT - Lors des essais cliniques, l'ajout de formotérol au budésonide a atténué les symptômes de l'asthme, amélioré la fonction pulmonaire et réduit les exacerbations. L'association du budésonide et du formotérol ne masque ni l'apparition, ni la gravité des exacerbations. L'effet de SYMBICORT sur la fonction pulmonaire était cliniquement équivalent à celui de l'association libre du budésonide et du formotérol administrés avec des inhalateurs distincts chez l'adulte et supérieur à celui du budésonide administré seul chez l'adulte et l'adolescent. Aucune atténuation de l'effet antiasthmatique n'a été observée avec le temps.

INDICATIONS ET USAGE CLINIQUE

SYMBICORT (budésonide/fumarate de formotérol dihydraté) est indiqué dans le traitement d'entretien de l'asthme chez les patients qui présentent une maladie obstructive réversible des voies respiratoires, lorsqu'un traitement d'association est approprié. Ces cas peuvent inclure :

- les patients qui reçoivent un traitement d'entretien avec des doses efficaces d'un agoniste $ß_2$ à action prolongée et d'un corticostéroïde par inhalation;
- les patients qui continuent d'avoir des symptômes malgré une corticothérapie par inhalation.

SYMBICORT ne doit pas être utilisé chez les patients dont l'asthme peut être traité par l'inhalation occasionnelle d'un agoniste $ß_2$ à action brève.

SYMBICORT contient un agoniste $ß_2$ à action prolongée et ne doit pas être utilisé comme médicament de secours. Pour soulager les symptômes de l'asthme aigu, il faut recourir à un bronchodilatateur par inhalation à action rapide (comme le formotérol, la terbutaline ou le salbutamol).

CONTRE-INDICATIONS

SYMBICORT (budésonide/fumarate de formotérol dihydraté) est contre-indiqué dans les cas d'hypersensibilité connue au budésonide, au formotérol ou au lactose inhalé.

MISES EN GARDE

Il n'existe pas de données sur l'emploi de SYMBICORT (budésonide/fumarate de formotérol dihydraté) comme médicament de secours dans le traitement d'une crise d'asthme aigu. Il est crucial d'en informer les patients et de leur prescrire un agoniste $ß_2$ par inhalation à action rapide (comme le formotérol, la terbutaline ou le salbutamol) pour le soulagement des symptômes de l'asthme aigu.

Surveillance de la maîtrise de l'asthme : Le recours croissant à un bronchodilatateur par inhalation à action rapide pour soulager les symptômes signale une détérioration de la maîtrise de l'asthme. Une détérioration soudaine et progressive de la maîtrise de l'asthme peut constituer une menace pour la vie du patient et exige la réévaluation du plan de traitement. Avant de commencer un traitement avec SYMBICORT, le patient doit recevoir suffisamment d'information sur l'utilisation de ce médicament et les mesures à prendre en cas d'aggravation de l'asthme.

Emploi avec des agonistes $ß_2$ à action rapide : Il faut demander clairement aux patients de réserver les agonistes $ß_2$ par inhalation à action rapide au soulagement des symptômes de l'asthme, si ces symptômes se manifestent pendant leur traitement avec SYMBICORT (voir PRÉCAUTIONS, Interactions médicamenteuses).

Passage d'un stéroïde à action générale à un stéroïde par inhalation : La prudence s'impose quand un patient asthmatique passe d'un corticostéroïde à action générale à un corticostéroïde par inhalation, parce que des décès par insuffisance surrénale sont survenus durant et après un tel transfert. Chez les patients qui passent d'une corticothérapie orale à une corticothérapie par inhalation, on ajoutera d'abord le corticostéroïde par inhalation au corticostéroïde oral, que l'on abandonnera ensuite graduellement. Les patients qui présentent une inhibition de la fonction corticosurrénale doivent être surveillés régulièrement, et leur dose de stéroïde oral doit être réduite avec prudence. Une certaine diminution du cortisol plasmatique peut se produire chez un petit nombre de patients prenant des doses élevées (plus de 800 µg/jour par exemple) de budésonide par inhalation. Toutefois, la fonction et la réserve surrénales restent dans les limites de la normale chez la plupart des patients sous budésonide par inhalation, mais pas tous. Certains patients qui passent d'un autre stéroïde par inhalation ou d'un stéroïde par voie orale au budésonide par inhalation risquent, pendant longtemps après ce transfert, d'avoir une réserve surrénale diminuée. Après l'arrêt du traitement avec un corticostéroïde à action générale, il faut compter quelques mois avant le rétablissement de la fonction hypothalamo-hypophyso-surrénalienne (HHS). Pendant cette période d'inhibition de la fonction HHS, il se peut que les patients présentent des signes et des symptômes d'insuffisance surrénale lorsqu'ils sont exposés à un traumatisme, à une intervention chirurgicale ou à des infections, en particulier la gastro-entérite. Même si le budésonide par inhalation peut maîtriser les symptômes de l'asthme dans ces cas, il ne peut pas remplacer le stéroïde à action générale nécessaire pour faire face à ces urgences. Les médecins peuvent envisager la prescription d'un stéroïde par voie orale à prendre en période de stress (lors de crises d'asthme allant en s'aggravant, d'infections pulmonaires ou d'interventions chirurgicales par exemple). En période de stress ou en cas de crise d'asthme grave, les patients qui ont cessé de prendre un corticostéroïde à action générale doivent être avertis de recommencer ce traitement immédiatement et de consulter leur médecin sans tarder. Il faut aussi demander à ces patients de transporter sur eux une carte indiquant qu'ils peuvent avoir besoin d'un stéroïde à action générale comme médicament d'appoint en période de stress ou en cas de crise d'asthme grave. Pour évaluer le risque d'insuffisance surrénale dans une situation d'urgence, il importe d'effectuer régulièrement des tests de routine de la fonction corticosurrénale, y compris la détermination du cortisol prélevé tôt le matin et le soir, chez tous les patients. Les résultats de la détermination du cortisol, au repos, tôt le matin, ne seront considérés comme normaux que s'ils correspondent au taux moyen normal ou s'en approchent.

Effets cardiovasculaires : On a rapporté un léger allongement de l'intervalle QTc après l'administration de formotérol à des doses thérapeutiques, mais cet effet n'était pas significatif sur le plan clinique. On ignore si cet effet peut prendre une importance clinique quand le formotérol est administré avec des médicaments causant un effet similaire et/ou en présence de cardiopathies, d'hypokaliémie ou d'hypoxie.

Changements métaboliques : Comme d'autres agents ß-adrénergiques, le formotérol peut entraîner des changements métaboliques réversibles (hyperglycémie, hypokaliémie) (voir PRÉCAUTIONS).

Candidose : Des posologies thérapeutiques de budésonide peuvent causer l'apparition de *Candida albicans* (muguet) dans la bouche et la gorge. L'apparition d'une candidose pharyngée et laryngée est une cause d'inquiétude, car on ignore l'étendue de sa pénétration dans les voies respiratoires. Une candidose symptomatique peut être traitée avec un antifongique topique pendant que l'on poursuit le traitement avec SYMBICORT.

Effet sur les infections : Les patients sous médicaments immuno-suppresseurs sont plus vulnérables aux infections que les personnes en bonne santé. La varicelle et la rougeole, par exemple, peuvent connaître une évolution plus grave, voire mortelle, chez les enfants ou adultes prédisposés, traités avec un corticostéroïde immunosuppresseur. Les enfants et adultes qui n'ont pas déjà eu ces maladies doivent éviter d'y être exposés. On ignore comment la dose, la voie d'administration et la durée d'une corticothérapie peuvent influer sur le risque de contracter une infection généralisée. On ignore également le rôle de la maladie sous-jacente et/ou de la corticothérapie antérieure. Après une exposition à la varicelle, un traitement prophylactique avec l'immunoglobuline contre la varicelle et le zona (VZIG) peut être indiqué. Après une exposition à la rougeole, un traitement prophylactique avec l'immunoglobuline humaine (IG) obtenue à partir d'un pool de plasmas humains peut être indiqué. Si la varicelle se développe, un traitement antiviral peut être envisagé.

Bronchospasme paradoxal : Comme tel est le cas avec d'autres traitements par inhalation, il peut se produire un bronchospasme paradoxal, caractérisé par un accroissement de la respiration sifflante immédiatement après l'administration. Cette réaction doit être traitée immédiatement avec un bronchodilatateur par inhalation à action rapide (comme le formotérol, la terbutaline ou le salbutamol) pour soulager les symptômes de l'asthme aigu. Il faut cesser immédiatement le traitement avec SYMBICORT, évaluer le patient et, si nécessaire, amorcer un autre traitement.

PRÉCAUTIONS

Ne pas instaurer un traitement avec SYMBICORT (budésonide/fumarate de formotérol dihydraté) dans les cas d'asthme en phase de détérioration aiguë : SYMBICORT est destiné au traitement d'entretien de l'asthme (voir INDICATIONS ET USAGE CLINIQUE) et ne doit pas être prescrit dans l'asthme en phase de détérioration aiguë, qui est susceptible de mettre la vie du patient en danger.

Il n'existe pas de données sur l'emploi de SYMBICORT comme médicament de secours dans le traitement d'une crise d'asthme aigu. Un agoniste $ß_2$ par inhalation à action rapide doit être pris pour soulager les symptômes de l'asthme aigu. Le médecin qui prescrit SYMBICORT doit également prescrire à son patient un agoniste $ß_2$ par inhalation à action rapide (comme le formotérol, la terbutaline ou le salbutamol) pour traiter les symptômes aigus qui se produisent malgré la prise biquotidienne régulière (matin et soir) de SYMBICORT.

Quand on commence un traitement avec SYMBICORT chez un patient qui prenait régulièrement un agoniste $ß_2$ par inhalation à action rapide, il faut lui demander d'arrêter de prendre régulièrement ce médicament et de le réserver au soulagement des symptômes de l'asthme aigu, si ces symptômes se manifestent pendant son traitement avec SYMBICORT.

Surveiller s'il y a recours croissant à un agoniste $ß_2$ par inhalation à action rapide, qui signale une détérioration de l'asthme : L'asthme peut se détériorer rapidement en quelques heures ou lentement sur une période de plusieurs jours ou davantage. Si le traitement avec l'agoniste $ß_2$ par inhalation à action rapide devient moins efficace ou si le patient a besoin d'un plus grand nombre d'inhalations qu'à l'habitude, cela peut être un signe de déstabilisation de l'asthme. Il faut alors réévaluer immédiatement l'état du patient et le schéma thérapeutique.

Ne pas dépasser la posologie recommandée de SYMBICORT. Comme traitement d'entretien, SYMBICORT ne doit pas être utilisé plus souvent que deux fois par jour (matin et soir) à la dose recommandée.

Emploi chez l'adolescent et réévaluation de la gravité de l'asthme : Chez l'adolescent, la gravité de l'asthme peut changer avec l'âge; il faut donc envisager des réévaluations périodiques pour déterminer si la poursuite du traitement d'entretien avec SYMBICORT reste indiquée.

Effets cardiovasculaires et autres : Habituellement, on n'observe aucun effet cliniquement significatif sur le système cardiovasculaire après l'administration par inhalation de formotérol aux doses recommandées, mais les effets causés par tous les agents sympathomimétiques sur les systèmes cardiovasculaire et nerveux central (p. ex. hausse de la tension artérielle ou de la fréquence cardiaque, excitation) peuvent se produire avec le formotérol. Comme toutes les amines sympathomimétiques, cet agent doit être administré avec prudence aux patients atteints de troubles cardiovasculaires (notamment l'insuffisance coronarienne, les arythmies cardiaques et l'hypertension), de troubles convulsifs, de thyrotoxicose ou de diabète sucré, et aux patients qui sont particulièrement sensibles aux amines sympathomimétiques. On a noté que des bronchodilatateurs agonistes bêta-adrénergiques avaient entraîné des changements dans les tensions artérielles systolique et/ou diastolique, la fréquence du pouls et les tracés électrocardiographiques. Aucune différence importante sur le plan clinique n'a été observée avec SYMBICORT administré aux doses recommandées.

Effets métaboliques : En raison de l'effet hyperglycémiant réversible des agonistes $ß_2$, on recommande une surveillance plus étroite de la glycémie au début du traitement, chez les diabétiques.

Arrêt du traitement : Une corticothérapie par inhalation doit être abandonnée graduellement et non pas soudainement.

Effet sur les infections : Les corticostéroïdes peuvent masquer certains signes d'infection, et il arrive que de nouvelles infections apparaissent en cours de traitement. Une diminution de la résistance aux infections localisées a été observée pendant des corticothérapies.

Hypothyroïdie et cirrhose : Les effets des corticostéroïdes sont accentués en présence d'hypothyroïdie ou de cirrhose. L'élimination des corticostéroïdes peut être modifiée par un dysfonctionnement hépatique. La pharmacocinétique du budésonide administré par voie intraveineuse est toutefois semblable chez les patients cirrhotiques et les sujets sains. Après administration orale, la pharmacocinétique du budésonide est altérée par un dysfonctionnement hépatique, comme le montre une biodisponibilité générale accrue. Ceci a peu d'importance dans le cas du budésonide puisque la contribution orale à la biodisponibilité générale après une inhalation est très faible.

Interactions médicamenteuses - *Interactions pharmacocinétiques :* Le métabolisme du budésonide est médié principalement par l'enzyme CYP 3A4 du système enzymatique du cytochrome P450. Les inhibiteurs de cette enzyme, comme kétoconazole, peuvent donc augmenter l'exposition de l'organisme au budésonide. Cet effet a une importance clinique limitée pour le traitement de courte durée (1 à 2 semaines) avec le kétoconazole, mais on doit en tenir compte pendant le traitement prolongé.

Interactions pharmacodynamiques : Les bêta-bloquants (y compris les gouttes pour les yeux) peuvent atténuer ou inhiber l'effet du formotérol. On n'a pas observé d'interaction entre le budésonide ou le formotérol et tout autre médicament pour le traitement de l'asthme.

Emploi chez la femme - *Grossesse :* D'après les résultats d'une grande étude épidémiologique prospective, basée sur l'expérience acquise mondialement depuis la commercialisation du produit, l'inhalation de budésonide durant la grossesse ne produit pas d'effets indésirables sur la santé du fœtus ou du nouveau-né. L'innocuité du formotérol pendant la grossesse n'a pas encore été établie. SYMBICORT ne doit être utilisé pendant la grossesse que si les avantages escomptés l'emportent sur les risques pour le fœtus.

Travail et accouchement : Aucune étude bien contrôlée n'a été menée pour examiner les effets du formotérol sur le travail avant terme ou à terme, chez l'humain. En raison de l'interférence potentielle des agonistes $ß_2$ avec la contractilité utérine, l'emploi de SYMBICORT pendant le travail devrait être limité aux patientes chez qui les avantages l'emportent nettement sur les risques.

Allaitement : On ignore si le budésonide ou le formotérol passent dans le lait maternel humain. Chez la rate, de faibles quantités de formotérol ont été décelées dans le lait maternel. L'administration de SYMBICORT à une femme qui allaite ne doit être envisagée que si les avantages escomptés pour la mère l'emportent sur les risques pour le nourrisson.

Emploi chez l'enfant - SYMBICORT n'est pas recommandé présentement chez les enfants de moins de 12 ans en raison du manque de données cliniques sur ce groupe d'âge.

Emploi chez la personne âgée - Il n'est pas nécessaire d'ajuster la dose chez les personnes âgées.

RÉACTIONS INDÉSIRABLES

Étant donné que SYMBICORT (budésonide/fumarate de formotérol dihydraté) contient à la fois du budésonide et du formotérol, il peut causer les mêmes effets indésirables que ces deux substances, à la même intensité. Leur administration simultanée n'a pas augmenté la fréquence des réactions indésirables. Les réactions indésirables les plus fréquentes sont des effets secondaires prévisibles sur le plan pharmacologique pendant tout traitement avec un agoniste $ß_2$, comme les tremblements ou les palpitations. Ces derniers ont tendance à être légers et à disparaître après quelques jours de traitement. Le tableau suivant énumère les réactions indésirables qui ont été associées au budésonide ou au formotérol.

Réactions fréquentes (>1/100)	Système nerveux central : Appareil cardiovasculaire : Appareil locomoteur : Voies respiratoires :	Céphalées Palpitations Tremblements Candidose dans l'oropharynx, légère irritation de la gorge, toux, enrouement
Réactions peu fréquentes	Appareil cardiovasculaire : Appareil locomoteur : Système nerveux central :	Tachycardie Crampes musculaires Agitation, instabilité psychomotrice, nervosité, nausée, étourdissements, troubles du sommeil
Réactions très rares (<1/1000)	Peau : Voies respiratoires :	Exanthème, urticaire, prurit, ecchymoses Bronchospasme

D'autres effets indésirables rares ou très rares sont susceptibles d'être sérieux :

Budésonide : Des symptômes psychiatriques comme la dépression, des troubles de comportement, des signes ou symptômes des effets des glucocorticostéroïdes à action générale (y compris l'hypofonctionnement des glandes surrénales), réactions d'hypersensibilité immédiate ou retardée (y compris la dermatite, l'œdème de Quincke et le bronchospasme).

Fumarate de formotérol dihydraté : L'angine de poitrine et l'hyperglycémie. Des arythmies cardiaques, telles que fibrillation auriculaire, tachycardie supra-ventriculaire et extrasystoles, ont été observées avec des agonistes $ß_2$.

SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DU SURDOSAGE

Les essais cliniques réalisés ne nous fournissent pas de données sur le surdosage avec SYMBICORT (budésonide/fumarate de formotérol dihydraté). Une surdose de formotérol entraînerait probablement les effets typiques des agonistes $ß_2$-adrénergiques : tremblements, céphalées, palpitations et tachycardie. L'hypotension, l'acidose métabolique, l'hypokaliémie et l'hyperglycémie sont aussi possibles. Un traitement symptomatique et de soutien pourrait être indiqué. Une dose mesurée de 120 µg administrée durant trois heures chez des patients présentant une obstruction bronchique aiguë n'a pas soulevé de préoccupations ayant trait à l'innocuité. Le surdosage ou la prise aiguë de doses excessives de budésonide ne devrait pas poser de problèmes cliniques. La prise régulière de doses excessives pourrait

occasionner des effets des glucocorticostéroïdes à action générale, comme l'hypercorticisme et l'inhibition de la fonction surrénalienne.

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

Il n'existe pas de données sur l'emploi de SYMBICORT (budésonide/fumarate de formotérol dihydraté) comme médicament de secours dans le traitement d'une crise d'asthme aigu. Il est crucial d'en informer les patients et de leur prescrire à cette fin un agoniste β_2 à action rapide. Les patients doivent consulter un médecin s'ils remarquent que leur bronchodilatateur à action rapide utilisé pour soulager leurs symptômes devient moins efficace ou s'ils ont besoin de plus d'inhalations que d'habitude. Pris régulièrement deux fois par jour, SYMBICORT fournit une bronchodilatation 24 heures sur 24 et peut **remplacer la prise régulière** d'un bronchodilatateur à action rapide administré par inhalation ou par voie orale (comme le formotérol, la terbutaline ou le salbutamol). Les agonistes β_2 à action rapide doivent servir uniquement à soulager les symptômes de l'asthme aigu (voir PRÉCAUTIONS). Le patient doit savoir que, pour produire un effet optimal, SYMBICORT doit être pris régulièrement, même en l'absence de symptômes.

Posologie recommandée - Quand un patient commence à utiliser SYMBICORT, on doit d'abord ajuster sa dose jusqu'à ce qu'elle maîtrise efficacement ses symptômes. On la réduit ensuite à la dose la plus faible qui permette de maintenir la maîtrise des symptômes. La posologie de SYMBICORT doit être individualisée en fonction de la gravité de la maladie. On doit réévaluer régulièrement l'état des patients pour s'assurer que leur posologie de SYMBICORT reste optimale. Le tableau suivant regroupe les doses cliniquement équivalentes de SYMBICORT et de PULMICORT plus OXEZE TURBUHALER :

SYMBICORT TURBUHALER	PULMICORT TURBUHALER plus OXEZE TURBUHALER
SYMBICORT ***100*** TURBUHALER	PULMICORT TURBUHALER (100 µg de budésonide par dose mesurée) plus OXEZE TURBUHALER (6 µg de formotérol par dose mesurée)
SYMBICORT ***200*** TURBUHALER	PULMICORT TURBUHALER (200 µg de budésonide par dose mesurée) plus OXEZE TURBUHALER (6 µg de formotérol par dose mesurée)

Adultes et adolescents (de 12 ans ou plus) : 1 ou 2 inhalations de SYMBICORT ***100*** TURBUHALER, 1 ou 2 fois par jour. La dose ***d'entretien*** quotidienne maximale recommandée est de 4 inhalations

ou

1 ou 2 inhalations de SYMBICORT ***200*** TURBUHALER, 1 ou 2 fois par jour. La dose ***d'entretien*** quotidienne maximale recommandée est de 4 inhalations.

Chez les adultes et les adolescents, la posologie initiale recommandée est de 1 ou 2 inhalations de SYMBICORT ***200*** TURBUHALER, 2 fois par jour. Durant les périodes d'aggravation de l'asthme, la dose peut être augmentée temporairement jusqu'à un maximum de 4 inhalations de SYMBICORT ***100*** TURBUHALER ou de SYMBICORT ***200*** TURBUHALER, 2 fois par jour.

SYMBICORT n'est pas recommandé présentement chez les enfants de moins de 12 ans en raison du manque de données cliniques sur ce groupe d'âge.

Il n'est pas nécessaire d'ajuster la dose chez les personnes âgées.

Il n'existe pas de données sur l'emploi de SYMBICORT en présence d'insuffisance hépatique ou rénale. Comme le budésonide et le formotérol sont principalement éliminés par biotransformation hépatique, on peut prévoir une augmentation de l'exposition dans les cas de cirrhose du foie grave.

REMARQUE : SYMBICORT est réservé à l'inhalation orale. Comme les médicaments de SYMBICORT sont acheminés vers les poumons lors de l'inhalation, il est important de dire au patient d'inspirer vivement et profondément par l'embout buccal. Le patient peut ne pas goûter les médicaments ni en ressentir le contact lorsqu'il se sert de SYMBICORT, en raison de la petite quantité de médicaments délivrée.

FORMES PHARMACEUTIQUES DISPONIBLES

SYMBICORT TURBUHALER (budésonide/fumarate de formotérol dihydraté) est offert en deux concentrations :

SYMBICORT ***100*** TURBUHALER (100/6 µg de budésonide/fumarate de formotérol dihydraté par dose), et SYMBICORT ***200*** TURBUHALER (200/6 µg de budésonide/fumarate de formotérol dihydraté par dose). SYMBICORT ***100*** TURBUHALER et SYMBICORT ***200*** TURBUHALER sont disponibles en inhalateurs de 60 ou de 120 doses.

SYMBICORT TURBUHALER contient aussi du lactose, qui agit comme molécule porteuse. La quantité ajoutée ne devrait normalement causer aucun problème aux personnes intolérantes au lactose.

SYMBICORT TURBUHALER n'est pas rechargeable et doit être jeté quand il est vide.

Monographie fournie sur demande.

Références :

1. FitzGerald JM, Sears MR, Boulet LP, *et al.* Adjustable maintenance dosing with budesonide/formoterol reduces asthma exacerbations compared with traditional fixed dosing: A five-month multicentre Canadian study. *Can Respir J* 2003;10:427-434.

2. Monographie de Symbicort® Turbuhaler®. AstraZeneca Canada Inc. Octobre 2003.

www.astrazeneca.ca **www.symbicort.ca**

AstraZeneca

CCPP

Membre R&D

Symbicort®, Turbuhaler®, Pulmicort®, Oxeze® et le logo d'AstraZeneca sont des marques de commerce de groupe AstraZeneca.

LE SAVIEZ-VOUS ?

EGGSQUIS SANS FUMÉE

La chaîne de restauration Eggsquis, qui comporte 24 succursales spécialisées dans les petits-déjeuners, est devenue sans fumée le 15 juillet dernier. Cette transformation a été offerte à la clientèle, en l'honneur du 10e anniversaire de la bannière. Quatre chaînes d'au moins 20 restaurants, avec service aux tables, sont maintenant sans fumée au Québec, soit Chez Cora, Eggsquis, Pacini et les rôtisseries St-Hubert. Du côté des bannières avec service au comptoir, les Subway, Tim Hortons, Poulet Frit Kentucky et chez Ashton sont sans fumée de même que la plupart des Mcdonald's et des Dunkin Donuts.

Source : Info-tabac, N°59, septembre 2005, page 16.

LA FUMÉE SECONDAIRE POURRAIT AUGMENTER LE RISQUE DE LEUCÉMIE

Selon des chercheurs de l'Institut national de santé publique du Québec, l'exposition à la fumée secondaire pourrait accroître le risque de leucémie lymphoïde chronique.

Kasim K. et coll. sont arrivés à cette conclusion après avoir analysé 266 sujets atteints de leucémie adulte et un groupe témoin de 1326 individus, tous des non-fumeurs rapportant une exposition à la fumée secondaire au cours de 75 % ou plus de leur existence.

Les chercheurs n'ont pas noté de corrélation entre la plupart des types de leucémie, sauf la leucémie lymphoïde chronique (RH 2,3; IC 95 % :1,2-4,5 pour plus de 83 années-fumeurs d'exposition à domicile; et RH 2,4; IC 95 % : 1,2-4,3 pour plus de 72 années-fumeurs d'exposition au travail). Le risque était proportionnel à la durée de l'exposition.

Les auteurs, dont l'étude est parue dans *Epidemiology* (septembre 2005; 16 (5) : 672-80), préviennent cependant qu'il est encore trop tôt pour énoncer des recommandations cliniques sur la base de ces résultats.

Source : *L'actualité médicale*, Vol. 26, N° 26, 26 octobre 2005, page 31.

L'ASTHME EST LE PRINCIPAL MOTIF D'ABSENCE DE L'ÉCOLE

Selon les résultats d'un récent sondage mené pour le compte de la Société canadienne de l'asthme, l'asthme demeure la principale cause d'absentéisme dans les écoles canadiennes. Rappelons que cette maladie parmi les plus courantes au Canada touche environ trois millions de Canadiens. Chez les enfants, l'asthme est la maladie chronique la plus répandue (elle affecte près de 12 % de la population infantile). Malgré des thérapies efficaces, 60 % des asthmatiques ne maîtrisent pas leur maladie. Or, l'asthme non maîtrisé peut s'avérer très dangereux. Chaque année au Canada, environ 500 adultes et 20 enfants succombent à une crise d'asthme.

Le sondage, mené auprès de plus de 1 000 parents canadiens d'enfants asthmatiques, révèle que 40 % des enfants diagnostiqués pour cette maladie ont manqué sept jours d'école en moyenne au cours de la dernière année à cause d'un problème d'asthme non maîtrisé. De plus, 26 % des parents ont dû s'absenter de leur travail au cours de cette même période en raison de la maladie de leur enfant. Ces absences représentent plus d'un million de jours de travail perdus. Le sondage fait aussi ressortir que 67 % des répondants estiment que l'asthme influence (considérablement pour plusieurs) leurs activités quotidiennes, au travail ou à l'école. Au cours de la dernière année, 17 % des enfants asthmatiques au Canada, ont dû bénéficier de soins d'urgence en raison de leur maladie. Les répondants signalent une moyenne de deux visites à l'urgence et de deux hospitalisations pour leur enfant.

Par ailleurs, une étude récente (Johnston NW et coll., *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2005; 115 (1) : 132-38) indique que la période de rentrée à l'école est marquée par une forte poussée du nombre d'hospitalisations de personnes souffrant d'asthme. On croit que cette poussée annuelle des crises d'asthme, durant le mois de septembre, est déclenchée par des infections virales, plus courantes pendant cette période de l'année. Les chercheurs ont détecté la présence de virus de tous types chez 62 % des enfants (âgés de 5 à 15 ans) qui se sont présentés aux urgences, comparativement à 41 % ($p = 0{,}011$) dans le groupe témoin (enfants asthmatiques dans la communauté, d'âge et de gravité d'asthme comparables). Une médication anti-inflammatoire (p. ex., corticostéroïdes en inhalation) pourrait réduire le risque de traitement d'urgence durant ce mois d'épidémie virale.

Source : *L'actualité médicale*, Vol. 26, N° 25, 19 octobre 2005, page 35.

PrSPIRIVA®

(bromure de tiotropium monohydraté)

Une bouffée d'air

Capsules pour inhalation orale

Les capsules doivent être utilisées seulement avec le dispositif pour inhalation HandiHaler® fourni

18 µg de tiotropium par capsule

BRONCHODILATATEUR

MÉCANISME D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE

SPIRIVA (bromure de tiotropium monohydraté) est un antagoniste des récepteurs muscariniques à longue durée d'action qui est utilisé à titre de bronchodilatateur pour inhalation uniquotidienne pour le traitement du bronchospasme associé à la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). SPIRIVA est une molécule d'ammonium quaternaire dont la durée d'action est suffisante pour offrir une protection bronchique 24 heures durant au moyen d'une inhalation uniquotidienne. Des études *in vitro* menées avec des récepteurs humains recombinants, ainsi que des préparations de tissus animaux et humains, ont démontré que le tiotropium est un antagoniste sélectif des récepteurs muscariniques M_3 puissant et réversible, qui ne présente aucune interaction avec d'autres récepteurs à des concentrations pertinentes sur le plan clinique.

Les récepteurs muscariniques de l'acétylcholine se retrouvent partout dans l'organisme et exercent diverses fonctions importantes. La stimulation des récepteurs muscariniques par suite de l'activation du système nerveux parasympathique est la voie dominante de bronchoconstriction neurale chez tous les mammifères, y compris les êtres humains. En fait, le traitement de la maladie obstructive chronique à l'aide d'antimuscariniques est une stratégie thérapeutique bien reconnue.

Il existe cinq sous-types (M_1-M_5) de récepteurs muscariniques dont la distribution pharmacologique et tissulaire est distincte. Les récepteurs M_3 se retrouvent surtout dans les muscles lisses viscéraux et assurent typiquement la médiation des effets contractiles directs de l'acétylcholine. On retrouve également les récepteurs M_3, ainsi que les récepteurs M_1, dans le système nerveux central et les ganglions sympathiques. Les récepteurs M_2 sont surtout présents dans le cœur et assurent la médiation des effets bradycardiques de l'acétylcholine. On es retrouve aussi dans les terminaisons nerveuses parasympathiques où leur activation inhibe la libération d'acétylcholine. Les rôles physiologiques des récepteurs M_4 et M_5 ne sont pas encore bien connus.

La durée d'action prolongée du tiotropium semble être due à sa grande affinité pour le sous-type de récepteurs muscariniques M_3 et à sa cinétique de dissociation lente de ces récepteurs. Le tiotropium présente une affinité plus prononcée pour les récepteurs 3 (hM_3) muscariniques humains (valeur K_D : 8,89 pmol/L) que pour les récepteurs hM_2 (valeur K_D : 31,96 pmol/L). Mais surtout, le tiotropium se dissocie très lentement des récepteurs hM_3. Les demi-vies de dissociation du complexe récepteur-ligand sont de 27,1 heures pour les récepteurs hM_3 et de 3,6 heures pour les récepteurs hM_2. À titre de comparaison, les demi-vies de dissociation de l'ipratropium sont de 0,22 heure pour les récepteurs hM_3 et de 0,04 heure pour les récepteurs hM_2. En sa qualité d'anticholinergique N-quaternaire, le tiotropium présente une sélectivité bronchique lorsqu'il est administré par inhalation, et démontre une marge thérapeutique acceptable avant de produire des effets anticholinergiques systémiques.

Les études de pharmacologie clinique ont confirmé l'effet pharmacodynamique voulu de bronchodilatation chez les sujets atteints de MPOC. La bronchodilatation suivant l'inhalation de tiotropium est principalement un effet spécifique au site, plutôt qu'un effet systémique. Le VEMS (volume expiratoire maximum en une seconde) minimum, 24 heures après l'administration d'une dose (c.-à-d. avant la dose subséquente), est resté significativement élevé par rapport à la valeur initiale, comparativement au placebo; la majorité de la bronchodilatation d'entretien a été obtenue après quelques jours de traitement. L'état stationnaire pharmacodynamique a été atteint durant la première semaine d'une administration uniquotidienne. L'inhalation répétée de SPIRIVA n'a entraîné aucune tolérance aux effets bronchodilatateurs du médicament. Les effets bronchodilatateurs sont graduellement retournés au niveau initial après l'arrêt du traitement sans trace d'effet rebond. Des études de doses multiples ont corroboré l'administration uniquotidienne du tiotropium par inhalation d'une présentation de poudre sèche. Des études sur des doses sus-thérapeutiques ont corroboré la diminution de la salivation comme l'un des effets les plus sensibles. Cet effet physiologique clinique s'est traduit par des rapports de sécheresse de la bouche.

Le programme d'études cliniques comprenait quatre études randomisées à double insu d'un an et deux de six mois, menées auprès de 2663 patients, dont 1308 ayant reçu SPIRIVA. Le programme d'un an comprenait deux études contrôlées par placebo et deux études contrôlées par ipratropium. Les études de six mois étaient contrôlées par salmétérol et par placebo. Toutes les études comportaient des mesures de la fonction pulmonaire, ainsi que des mesures de la dyspnée, des exacerbations et de la qualité de vie liée à la santé. L'administration uniquotidienne de SPIRIVA a permis d'obtenir une amélioration significative de la fonction pulmonaire (volume expiratoire maximum en une seconde, VEMS; capacité vitale forcée, CVF) dans les 30 minutes suivant l'administration de la première dose; cette amélioration s'est maintenue pendant 24 heures, peu importe si SPIRIVA était administré le matin ou le soir. L'état stationnaire pharmacodynamique a été atteint après une semaine, et la majorité de la bronchodilatation a été observée après le troisième jour. Les effets bronchodilatateurs de SPIRIVA se sont maintenus durant la période d'administration d'un an sans signe de tolérance.

Pharmacocinétique

Le profil pharmacocinétique de SPIRIVA (bromure de tiotropium monohydraté) confirme le fait que les concentrations plasmatiques après une inhalation d'une dose de 18 µg sont très faibles; même si la demi-vie d'élimination terminale est de 5 à 7 jours, on n'observe qu'une accumulation modérée à l'administration répétée d'une dose uniquotidienne. La biodisponibilité absolue de SPIRIVA après l'inhalation de la poudre sèche est de 19,5 % et est négligeable après une administration orale (2 à 3 %). Le médicament n'est pas métabolisé en grande partie; la majorité du médicament est éliminé sous forme du composé d'origine. Le médicament est éliminé par voie rénale, et la clairance rénale est supérieure à la clairance de la créatinine. Le volume de distribution apparent est de 32 L/kg, ce qui semble indiquer une liaison tissulaire prononcée.

On ne prévoit aucune interaction avec des médicaments administrés en association avec SPIRIVA en raison de la faible dose et de la concentration plasmatique faible à l'état stationnaire, et du fait que le tiotropium n'inhibe pas le cytochrome P450. De même, les effets des médicaments concomitants sur le métabolisme du tiotropium sont peu probables en raison de la participation peu importante du métabolisme enzymatique du tiotropium.

Patients âgés

Comme c'est le cas avec tous les médicaments éliminés principalement par voie rénale, l'âge (≥ 65 ans) a été associé à une diminution de la clairance rénale du tiotropium, laquelle peut s'expliquer par une diminution de la fonction rénale. L'élimination du tiotropium dans l'urine après une inhalation est passée de 14 % chez les volontaires sains plus jeunes à environ 7 % chez les patients âgés atteints de MPOC. Cependant, les concentrations plasmatiques n'ont pas changé de façon significative avec l'âge chez les patients atteints de MPOC (≥ 69 ans comparé à ≤ 58 ans), si l'on compare avec la variabilité chez une même personne et d'une personne à une autre (augmentation de 43 % de l'ASC_{0-4} après l'inhalation de la poudre sèche). Par conséquent, les patients âgés peuvent utiliser le tiotropium à la dose recommandée.

Patients atteints d'insuffisance rénale

Comme c'est le cas avec tous les autres médicaments éliminés principalement par voie rénale, l'insuffisance rénale a été associée à une diminution de la clairance rénale du médicament et à une augmentation des concentrations plasmatiques du médicament. Une insuffisance rénale bénigne (CL_{CR} 50-80 mL/min), souvent observée chez les patients âgés, n'a pas entraîné de changement cliniquement significatif de la pharmacocinétique du tiotropium. Cependant, chez les patients atteints de MPOC et présentant une insuffisance rénale modérée à grave (CL_{CR} < 50 mL/min), l'administration intraveineuse de tiotropium a fait doubler les concentrations plasmatiques observées chez les patients dont la fonction rénale était normale (augmentation de 82 % de l'ASC_{0-4h}), phénomène confirmé par les concentrations plasmatiques observées après l'inhalation de la poudre sèche.

Patients atteints d'insuffisance hépatique

Une fonction hépatique inadéquate ne devrait pas avoir de répercussions cliniquement importantes sur la pharmacocinétique du tiotropium. Le tiotropium est principalement éliminé par voie rénale (74 % chez les volontaires sains jeunes) et par coupure non enzymatique simple d'ester sous forme de produits inactifs sur le plan pharmacologique.

INDICATIONS ET EMPLOI CLINIQUE

SPIRIVA (bromure de tiotropium monohydraté) est indiqué pour le traitement d'entretien uniquotidien prolongé du bronchospasme associé à la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), y compris la bronchite chronique et l'emphysème.

Le soulagement de la dyspnée a été évalué à l'aide de l'indice de transition de la dyspnée (ITD). Une cote à l'ITD ≥ 1 unité était considérée comme cliniquement significative, et les patients ayant obtenu cette cote étaient considérés comme répondant au traitement. Dans les études d'un an et de six mois, on a observé un pourcentage plus élevé, significatif sur le plan statistique, de répondants à SPIRIVA que de répondants au placebo.

CONTRE-INDICATIONS

SPIRIVA (bromure de tiotropium monohydraté) est contre-indiqué chez les patients ayant des antécédents d'hypersensibilité à l'atropine ou à ses dérivés (p. ex., l'ipratropium ou l'oxitropium), ou à l'excipient lactose monohydraté (voir **RENSEIGNEMENTS PHARMACEUTIQUES – Composition**).

MISES EN GARDE

SPIRIVA (bromure de tiotropium monohydraté) ne doit pas être administré plus d'une fois par jour.

SPIRIVA, en tant que bronchodilatateur d'entretien à prise uniquotidienne, ne devrait pas être utilisé pour le traitement initial de crises aiguës de bronchospasme, c.-à-d. comme traitement de secours.

Des réactions d'hypersensibilité immédiates, telles qu'éruptions cutanées, urticaire, œdème de Quincke des lèvres, de la langue et du visage, bronchospasme et œdème oropharyngé, peuvent survenir après l'administration de SPIRIVA.

PRÉCAUTIONS

Effets anticholinergiques

Comme pour les autres anticholinergiques, SPIRIVA (bromure de tiotropium monohydraté) devrait être utilisé avec précaution chez les patients atteints de glaucome à angle fermé, d'hyperplasie de la prostate ou d'une obstruction du col de la vessie.

Irritation oculaire et glaucome

Les patients devraient être avisés d'éviter tout contact de la poudre médicamenteuse avec les yeux. Ils devraient être avisés que le contact de la poudre avec les yeux peut causer ou aggraver un glaucome à angle fermé, une douleur ou un malaise oculaire, une vision trouble temporaire, des halos visuels ou des images colorées associés à des yeux rouges causés par une congestion conjonctivale et un œdème cornéen. Si l'un ou l'autre de ces symptômes se manifeste, il est recommandé de consulter un médecin immédiatement. Des gouttes myotiques seules ne sont pas considérées comme un traitement efficace.

Bronchospasme paradoxal

Les médicaments administrés par inhalation peuvent causer un bronchospasme. Le cas échéant, le traitement par SPIRIVA doit être interrompu immédiatement.

Insuffisance rénale

À mesure que la concentration plasmatique du médicament augmente en fonction de la diminution de la fonction rénale chez les patients atteints d'insuffisance rénale modérée à grave (clairance de la créatinine ≤ 50 mL/min), SPIRIVA ne devrait être administré que si les bienfaits prévus l'emportent sur les risques possibles. Il n'existe aucune donnée clinique d'utilisation prolongée chez les patients atteints d'insuffisance rénale grave (voir **PHARMACOCINÉTIQUE**).

Grossesse

SPIRIVA n'a pas fait l'objet d'études chez les femmes enceintes. Étant donné que les études sur la reproduction animale ne reflètent pas toujours la réponse chez les humains, SPIRIVA ne devrait être utilisé durant la grossesse que si les bienfaits l'emportent sur les risques possibles pour l'enfant à naître.

Des études sur la reproduction ont été effectuées avec des doses de tiotropium administrées par voie orale pouvant atteindre 500 mg/kg chez les rats et 100 mg/kg chez les lapins. Ces doses correspondaient, pour chaque espèce, à environ 215 000 et 86 000 fois la dose maximum recommandée chez les humains (DMRH) respectivement, en mg/m^2. Des études sur la reproduction ont été effectuées chez des rats et des lapins à des doses de tiotropium pour inhalation de 2,0 et de 0,5 mg/kg/jour (environ 860 et 430 fois la DMRH en mg/m^2). Ces études n'ont démontré aucune preuve d'effets tératogènes causés par l'administration du tiotropium.

Accouchement

L'innocuité et l'efficacité de SPIRIVA n'ont pas été examinées durant l'accouchement.

Allaitement

Des études sur des rongeurs allaitant ont démontré que de petites quantités de tiotropium (1,9 %) étaient excrétées dans le lait pendant deux jours. Il n'existe aucune donnée clinique obtenue auprès de mères allaitant exposées à SPIRIVA. SPIRIVA ne devrait donc pas être utilisé par les mères allaitant sauf si les bienfaits prévus l'emportent sur les risques possibles pour le nourrisson.

Enfants

L'innocuité et l'efficacité de SPIRIVA chez les patients âgés de moins de 18 ans n'ont pas été étudiées.

Interactions médicamenteuses

Bien qu'aucune étude officielle sur les interactions médicamenteuses n'ait été effectuée, SPIRIVA a été utilisé en association avec d'autres médicaments sans que des réactions médicamenteuses indésirables n'aient été observées. Ces médicaments comprenaient des bronchodilatateurs sympathomimétiques, des méthylxanthines, et des stéroïdes oraux et pour inhalation couramment utilisés dans le traitement de la MPOC.

L'administration concomitante de SPIRIVA et d'autres médicaments à base d'anticholinergique n'a pas fait l'objet d'études et n'est donc pas recommandée.

RÉACTIONS INDÉSIRABLES

Sur les 1456 patients ayant participé aux quatre études cliniques contrôlées d'un an et sur les 1207 ayant participé aux deux études cliniques contrôlées de six mois, 906 et 402, respectivement, ont reçu la dose uniquotidienne recommandée de 18 µg de SPIRIVA.

Les réactions indésirables associées à SPIRIVA sont semblables à celles associées aux autres bronchodilatateurs anticholinergiques. La réaction indésirable la plus fréquemment rapportée était la sécheresse de la bouche. Dans les études d'un an et de six mois, le taux d'abandon dû à la sécheresse de la bouche était de 0,3 %. Les autres réactions indésirables rapportées par les sujets et pouvant être associées à des effets anticholinergiques comprenaient : constipation, augmentation de la fréquence cardiaque, tachycardie supraventriculaire, fibrillation auriculaire, vision trouble, glaucome, miction difficile et rétention urinaire.

Des doses uniquotidiennes de SPIRIVA ont été évaluées chez des patients atteints de MPOC dans le cadre de quatre études contrôlées, multicentriques, d'une durée d'un an. Le tableau suivant indique les manifestations indésirables survenues à une fréquence ≥ 3 % dans le groupe SPIRIVA des études contrôlées par placebo, et lorsque la fréquence dans le groupe SPIRIVA dépassait celle observée avec le placebo de ≥ 1 %. La fréquence des manifestations correspondantes dans les études contrôlées par ipratropium est incluse à titre de comparaison.

INCIDENCE DE MANIFESTATIONS INDÉSIRABLES (% DE PATIENTS) DANS LES ÉTUDES CLINIQUES D'UN AN SUR LA MPOC

	Études contrôlées par placebo		Études contrôlées par ipratropium	
Système organique Manifestation	**SPIRIVA** [n=550]	**PLACEBO** [n=371]	**SPIRIVA** [n=356]	**IPRATROPIUM** [n=179]
Organisme en entier				
Accidents	13	11	5	8
Douleur thoracique (non spécifique)	7	5	5	2
Œdème déclive	5	4	3	5
Troubles de l'appareil gastro-intestinal				
Douleur abdominale	5	3	6	6
Constipation	4	2	1	1
Sécheresse de la bouche*	16	3	12	6
Dyspepsie	6	5	1	1
Vomissements	4	2	1	2
Appareil musculo-squelettique				
Myalgie	4	3	4	3
Troubles du mécanisme de résistance				
Infection	4	3	1	3
Candidose	4	2	3	2
Appareil respiratoire (supérieur)				
Épistaxis	4	2	1	1
Pharyngite	9	7	7	3
Rhinite	6	5	3	2
Sinusite	11	9	3	2
Infection des voies respiratoires supérieures	41	37	43	35
Troubles de la peau et des appendices				
Éruption cutanée	4	2	2	2
Appareil urinaire				
Infection urinaire	7	5	4	2

* La sécheresse de la bouche était habituellement bénigne et a été associée à un taux d'abandon du traitement de 0,3 % chez les patients ayant reçu SPIRIVA.

L'arthrite, la toux et des symptômes pseudo-grippaux se sont manifestés à une fréquence de ≥ 3 % dans le groupe SPIRIVA, mais dépassaient l'incidence observée dans le groupe placebo de < 1 %.

Les autres manifestations survenues dans le groupe SPIRIVA à une fréquence de 1 à 3 % dans les études contrôlées par placebo et dont l'incidence dépassait celle observée avec le placebo étaient :

Organisme en entier : réaction allergique, douleur aux jambes

Système nerveux central et périphérique : dysphonie, paresthésie

Troubles de l'appareil gastro-intestinal : trouble gastro-intestinal non spécifié, reflux gastro-œsophagien, stomatite (y compris gingivite ulcéro-nécrotique aiguë)

Troubles métaboliques et nutritionnels : hypercholestérolémie, hyperglycémie

Troubles de l'appareil musculo-squelettique : douleur squelettique

Troubles myo-endo-péricardiques et de l'appareil valvulaire : angine de poitrine (y compris angine de poitrine aggravée)

Troubles psychiatriques : dépression

Troubles du mécanisme de résistance : zona

Trouble de l'appareil respiratoire (supérieur) : laryngite

Troubles visuels : cataractes

Les réactions indésirables dont l'incidence était > 0,1 % et dépassait celle du placebo de < 1 % comprenaient :

Appareil urinaire : miction difficile et rétention urinaire (chez les hommes âgés présentant des facteurs prédisposants)

Réactions d'hypersensibilité : œdème de Quincke (1 patient sur 906 dans les quatre études d'un an).

Comme c'est le cas pour les autres médicaments administrés par inhalation, une irritation oropharyngée et un bronchospasme paradoxal ont été observés.

Des doses uniquotidiennes de SPIRIVA ont été évaluées chez des patients atteints de MPOC dans le cadre de deux études multicentriques, de six mois, contrôlées par le salmétérol et le placebo. Le tableau suivant indique les manifestations indésirables dont la fréquence était ≥ 3 % dans le groupe ayant reçu la dose uniquotidienne de 18 µg de SPIRIVA et dont la fréquence dans le groupe SPIRIVA dépassait celle du groupe placebo d'au moins 1 %.

INCIDENCE DE MANIFESTATIONS INDÉSIRABLES (% DE PATIENTS*) DANS LES ÉTUDES CLINIQUES DE SIX MOIS SUR LA MPOC

	Données combinées (Études 205.130 et 205.137)		
Système organique Manifestation	**SPIRIVA** [n=402]	**SALMÉTÉROL** [n=405]	**PLACEBO** [n=400]
Organisme en entier			
Accidents	4,2	5,2	2,5
Douleur lombaire	4,0	4,0	3,0
Céphalée	6,5	6,9	4,5
Symptômes pseudo-grippaux	6,7	5,2	4,0
Troubles de l'appareil gastro-intestinal			
Sécheresse de la bouche	8,2	1,7	2,3
Appareil respiratoire (supérieur)			
Pharyngite	4,5	3,5	3,0
Infection des voies respiratoires supérieures	19,4	17,0	16,0
Appareil respiratoire (inférieur)			
Toux	5,2	5,9	3,5

* Les pourcentages ont été calculés à l'aide du nombre total de patients traités à titre de dénominateur.

SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DU SURDOSAGE

Aucun effet indésirable anticholinergique systémique n'a été observé par suite de l'inhalation d'une seule dose maximum de 282 µg de tiotropium chez des volontaires sains. De plus, aucun effet indésirable pertinent, outre une conjonctivite bilatérale et une sécheresse de la bouche (lesquelles sont disparues durant le traitement), n'a été observé par suite de l'administration d'une dose maximum de 141 µg/jour de tiotropium pendant 7 jours chez des volontaires sains. Dans une étude à doses multiples menée auprès de patients atteints de MPOC ayant reçu une dose quotidienne maximale de 36 µg de tiotropium pendant quatre semaines, la sécheresse de la bouche a été la seule manifestation indésirable observée imputable au tiotropium.

Une intoxication aiguë par suite de l'ingestion orale accidentelle de capsules SPIRIVA (bromure de tiotropium monohydraté) est peu probable puisque la biodisponibilité orale du médicament est faible. En cas de signes de toxicité anticholinergique grave, il est recommandé de vérifier les signes vitaux et d'instaurer un traitement approprié.

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

Des conseils du médecin sur l'arrêt tabagique devraient représenter la première étape du traitement de fumeurs atteints de MPOC, peu importe la présentation clinique, c.-à-d. bronchite chronique (avec ou sans restriction du débit de l'air) ou emphysème. L'arrêt tabagique est associé à des bienfaits symptomatiques considérables et présente un avantage prouvé en termes de survie.

La dose recommandée de SPIRIVA (bromure de tiotropium monohydraté) est l'inhalation du contenu d'une capsule (18 µg), une fois par jour. La capsule ne doit pas être avalée. SPIRIVA devrait être administré une fois par jour, à la même heure tous les jours, par inhalation, uniquement à l'aide du dispositif d'inhalation HandiHaler.

Afin d'assurer l'administration adéquate de SPIRIVA, le médecin ou un autre professionnel de la santé qualifié devrait montrer au patient comment utiliser le dispositif d'inhalation HandiHaler.

Les patients âgés, les patients atteints d'insuffisance hépatique et les patients atteints d'insuffisance rénale peuvent prendre SPIRIVA à la dose recommandée. Toutefois, comme c'est le cas pour tous les médicaments éliminés principalement par voie rénale, l'administration de SPIRIVA devrait être surveillée étroitement chez les patients atteints d'une insuffisance rénale modérée à grave.

L'utilisation de SPIRIVA n'a pas fait l'objet d'études chez les nourrissons et les enfants et le médicament ne devrait donc pas être administré chez les personnes de ce groupe d'âge.

RENSEIGNEMENTS PHARMACEUTIQUES

Substance médicamenteuse

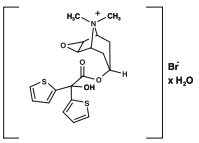
Dénomination commune : bromure de tiotropium monohydraté

Dénomination chimique : bromure monohydraté de (1α,2ß,4ß,5α,7ß)-7-[(Hydroxydi-2-thiénylacétyl)oxy]-9,9-diméthyl-3-oxa-9-azoniatricyclo[3.3.1.0^{2,4}]nonane

Formule moléculaire : $C_{19}H_{22}NO_4S_2Br \bullet H_2O$

Poids moléculaire : le bromure de tiotropium (monohydraté) a une masse moléculaire de 490,4

Formule développée :



Description : poudre blanche ou blanc jaunâtre. Modérément soluble dans l'eau et soluble dans le méthanol.

Polymorphisme : trois formes cristallines sont possibles, la forme monohydratée et deux formes anhydres

Point de fusion : entre 225 °C et 235 °C

pH (solution aqueuse à 1 %) : 5,0 – 5,6

Coefficient de répartition apparent : log P_{app} = -2,28

Dispositif d'inhalation

Le dispositif d'inhalation HandiHaler est un dispositif en plastique réutilisable, utilisé pour l'administration des capsules SPIRIVA. Le HandiHaler peut fonctionner avec des débits inspiratoires aussi faibles que 20 L/min. Tous les patients, peu importe la gravité de leur maladie, ont fourni un effort inspiratoire suffisant avec le HandiHaler. Pour utiliser le système de libération, on place une capsule SPIRIVA dans la chambre centrale du dispositif d'inhalation HandiHaler et on perce la capsule en appuyant sur le bouton situé sur le côté du dispositif et en le relâchant. Le tiotropium est dispersé dans le courant d'air produit lorsque le patient inhale lentement et profondément par l'embout buccal.

Composition

Chaque capsule de gélatine dure, de couleur vert pâle, contient un mélange de poudre sèche de 18 µg de tiotropium (équivalant à 22,5 µg de bromure de tiotropium monohydraté) avec du lactose monohydraté comme excipient. La poudre sèche contenue à l'intérieur de la capsule doit être administrée par inhalation orale seulement.

Stabilité et entreposage recommandé

Une fois la bande ouverte, la durée utile des autres capsules dans la plaquette est de 5 jours. Garder les capsules et le dispositif HandiHaler à des températures entre 15 et 25 °C. Garder à l'abri de l'humidité. Ne pas congeler.

PRÉSENTATION

Les capsules SPIRIVA, qui contiennent 18 µg de tiotropium, sont de couleur vert pâle, avec l'inscription TI 01 imprimée sur un côté de la capsule et le logo de la compagnie Boehringer Ingelheim sur l'autre côté. Les capsules SPIRIVA renferment aussi du lactose à titre d'excipient.

Le dispositif d'inhalation HandiHaler est de couleur grise avec les mots HandiHaler, Boehringer Ingelheim et le logo de la compagnie Boehringer Ingelheim imprimés sur le devant.

Chaque plaquette alvéolée en aluminium / PVC / aluminium contient dix capsules SPIRIVA. Chaque plaquette alvéolée est formée de deux bandes à 5 cavités retenues ensemble par une ligne perforée.

Le produit est offert comme suit :

- Boîte de 30 capsules SPIRIVA (3 plaquettes alvéolées) et un dispositif HandiHaler.
- Boîte de 10 capsules SPIRIVA (1 plaquette alvéolée) et un dispositif HandiHaler.

Paquets de rechange :

- Boîte de 30 capsules SPIRIVA (3 plaquettes alvéolées)
- Boîte de 60 capsules SPIRIVA (6 plaquettes alvéolées)

Les dispositifs d'inhalation HandiHaler sont disponibles séparément.

1. Casaburi R, Mahler DA, Jones PW, *et al.* A long-term evaluation of once-daily inhaled tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2002;19:217-224. 2. Monographie de SPIRIVA, Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée, novembre 2002.

Pour recevoir une copie de la monographie du produit, communiquer avec : Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée
5180 South Service Road
Burlington, Ontario L7L 5H4

Pfizer
Notre passion, la vie
03SP11F

CCPP Member R&D

Boehringer Ingelheim
www.boehringer-ingelheim.ca
N60337 01/03

L'inhalothérapeute CLINICIEN

par Martine Gosselin, inh., B. Sc., coordonnatrice à l'amélioration de l'exercice, OPIQ

VIGNETTE CLINIQUE NUMÉRO 2 : Évaluation initiale par l'inhalothérapeute à l'urgence

Madame Ados, jeune patiente de 16 ans, se présente à l'urgence avec des difficultés respiratoires apparentées à des symptômes d'asthme. Après avoir été évaluée par l'infirmière au triage, elle vous est référée pour une évaluation respiratoire pour traitement avec bronchodilatateur, le tout en conformité avec le protocole en vigueur.

À votre arrivée, vous constatez qu'elle est assise, bien droite, elle est tachypnéique et utilise ses muscles accessoires, elle accuse aussi une légère cyanose péribuccale.

Elle vous dit qu'elle « cherche son souffle » et qu'elle « tousse et crache plus depuis quelques jours » et qu'elle n'a plus de Ventolin® : il lui reste seulement du Flovent®, qu'elle ne prend plus parce qu'elle « n'aime pas le goût » et que « ça coûte cher » car elle utilise une pompe par mois. Lorsque questionnée sur le tabagisme, elle vous répond ne pas vouloir cesser de fumer pour le moment puisqu'elle fume occasionnellement seulement, lors de sorties entre amis, l'équivalent d'environ un demi-paquet, et que « ça ne dérange pas son asthme de toute façon ».

Étant donné qu'il s'agit pour elle d'une première visite à l'urgence et qu'elle ne possède pas de dossier dans votre établissement, vous ne disposez d'aucune autre information.

Vous procédez donc à l'évaluation initiale de cette jeune adolescente et à l'administration d'un bronchodilatateur en attendant qu'elle soit vue par le médecin, toujours en conformité avec le protocole qui prévoit, pour tout usager se présentant avec des symptômes d'asthme, l'administration du bronchodilatateur pré et post spirométrie avec évaluation par l'inhalothérapeute immédiatement après le triage fait par l'infirmière.

Vous validez d'abord l'applicabilité du protocole et prenez connaissance des mesures de saturométrie ainsi que des fréquences respiratoires et cardiaques. Vous procédez également à l'auscultation pulmonaire, qui révèle un murmure bronchovésiculaire normal bilatéral, un murmure vésiculaire diminué sur presque tout le champ pulmonaire, la présence de sibilances de haute tonalité mid et télé expiratoire, principalement aux lobes inférieurs en faces postérieure et antérieure; il n'y a pas de sibilances présentes en phase inspiratoire ni de wheezing audible.

Le VEMS préthérapie est bien exécuté par la patiente et sa valeur correspond à 60 % de la valeur prédite.

En utilisant le modèle d'investigation (tableau 1), vous retrouverez les éléments qui vous permettront de noter correctement les informations pertinentes au dossier de madame Ados et de les transmettre au médecin de l'urgence au moment où il aura à évaluer la patiente. Ce modèle permet également d'orienter madame vers un centre d'enseignement sur l'asthme (CEA) et un centre d'abandon du tabac. Vous identifierez également au dossier le statut tabagique afin qu'à chaque visite subséquente, on puisse intervenir en fonction de son cheminement tabagique (stade de Prochaska).

À la lumière du questionnaire effectué, la jeune patiente présente un asthme mal maîtrisé, probablement dû à la non-compliance au traitement par corticostéroïde inhalé, une surutilisation de bronchodilatateur et un tabagisme occasionnel, d'où l'importance pour l'inhalothérapeute clinicien de procéder de façon systématique au questionnement des usagers sur leur condition clinique et antécédents médicaux afin d'assurer un meilleur suivi et une meilleure continuité des soins de santé. Toute l'équipe de soins pourra alors intervenir pour le mieux-être de l'usager.

Vous voulez nous proposer des vignettes cliniques intéressantes ou inusitées mettant de l'avant le rôle de l'inhalothérapeute clinicien? Nous vous invitons à le faire en communiquant avec Mme Line Prévost, coordonnatrice aux affaires professionnelles à l'adresse suivante : coordonnateur-affpro@opiq.qc.ca

TABLEAU 1

Modèle d'une investigation
Pour chaque question, noter les notions objectives et subjectives

Symptomatologie
- Âge
- Début des symptômes
- Intensité
- Fréquence
- Durée

Symptômes associés
- facteurs de risque
- habitudes de vie
- allergies

Thérapie en cours
- compliance au traitement

Plan d'intervention
- Immédiat (traitement et VEMS selon le protocole, enseignement sur le contrôle de la maladie et l'importance des corticostéroïdes inhalés, vérification de la technique de prise adéquate de la médication inhalée et références en CEA);
- Moyen terme (visite au CEA avec élaboration d'un plan d'action);
- Long terme (cessation tabagique).

tyco

Healthcare

Formation médicale continue (FMC) en ligne

www.tycoeducation.cmecentral.ca

De quoi s'agit-il?

Tyco Healthcare Canada offre maintenant gracieusement des cours reconnus par l'**Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec** qui sont accessibles directement sur Internet.

FMC en ligne, c'est aussi :

Un site Web convivial et facile à utiliser, offrant une formation accessible aux participants depuis leur propre ordinateur, sans installation de logiciel ni d'accès Internet à haute vitesse requis.

Si vous désirez de plus amples renseignements,
veuillez cliquer sur le lien suivant :
www.tycoeducation.cmcentral.ca

S'ouvrir au soulagement de la MPOC

- **SPIRIVA** a réduit de façon significative la **dyspnée**[1,2*§]
- **SPIRIVA** a permis de maintenir la **bronchodilatation pendant 24 heures** avec une dose uniquotidienne pour inhalation[1,2*]
- **SPIRIVA** a réduit de façon significative les **exacerbations** et les **hospitalisations dues aux exacerbations**[1*¥‡]

SPIRIVA est un bronchodilatateur indiqué pour le traitement d'entretien uniquotidien prolongé du bronchospasme associé à la MPOC, y compris la bronchite chronique et l'emphysème[3].

SPIRIVA est contre-indiqué chez les patients ayant des antécédents d'hypersensibilité à l'atropine, ou à ses dérivés, ou à l'excipient lactose monohydraté[3].

SPIRIVA ne devrait pas être utilisé pour le traitement initial des crises aiguës de bronchospasme, c.-à-d. comme traitement de secours[3].

La réaction indésirable la plus fréquemment rapportée était la sécheresse de la bouche. Les autres réactions indésirables rapportées et pouvant être associées à des effets anticholinergiques comprenaient : constipation, augmentation de la fréquence cardiaque, tachycardie supraventriculaire, fibrillation auriculaire, vision trouble, glaucome, miction difficile et rétention urinaire[3].

Comme pour les autres anticholinergiques, SPIRIVA devrait être utilisé avec précaution chez les patients atteints de glaucome à angle fermé, d'hyperplasie de la prostate ou d'une obstruction du col de la vessie. Les patients devraient être avisés d'éviter tout contact de la poudre médicamenteuse avec les yeux. Le cas échéant, les patients devraient consulter un médecin immédiatement[3].

* Résultats provenant de deux études d'un an à double insu et randomisées comparant SPIRIVA (n=550, 18 µg une fois par jour) à un placebo (n=371). L'administration au besoin de salbutamol était permise pendant toute la durée de l'étude. L'utilisation concomitante de théophyllines, de stéroïdes pour inhalation et de doses minimales de corticostéroïdes par voie orale (équivalant à ≤10 mg de prednisone par jour) était permise si les doses étaient stables depuis au moins 6 semaines avant la sélection.

§ Groupe SPIRIVA (42 à 47 % des patients ont obtenu une cote ≥1 unité à l'IDT focal) par rapport au placebo (29-34 %)($p<0,01$).

¥ Groupe SPIRIVA (0,76 exacerbation par patient-année) par rapport au placebo (0,95)($p=0,045$).

‡ Réduction de 47 % dans le groupe SPIRIVA (0,085 manifestation par patient par année) par rapport au placebo (0,161)($p=0,019$).

Pr SPIRIVA®
(bromure de tiotropium monohydraté)

Une bouffée d'air

Pfizer
Notre passion, la vie

COPD
R&D

Boehringer Ingelheim
www.boehringer-ingelheim.ca

SPIRIVA est une marque déposée de Boehringer Ingelheim Ltée.